

Induktion av förlossning

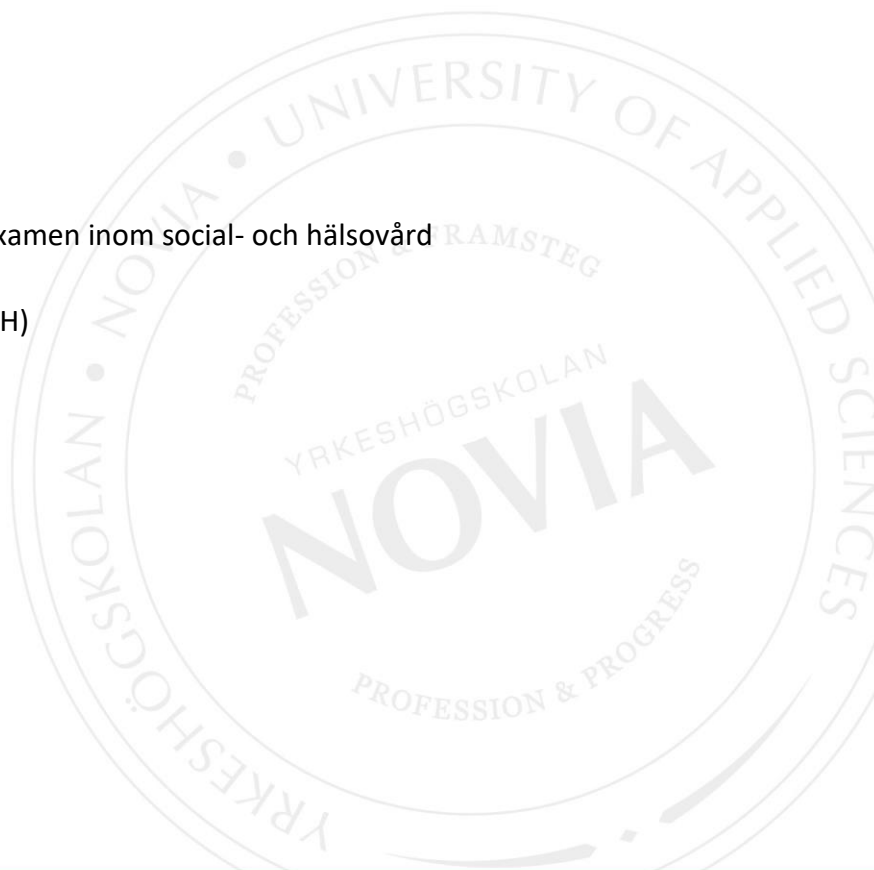
En "Scoping Review" över indikationer och praxis i nordiska länder

Mirja Rentola

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2022



EXAMENSARBETE

Författare: Mirja Rentola
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Induktion av förlossning – En "Scoping Review" över indikationer och praxis i nordiska länder

Datum 4.5.2022

Sidantal 36

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med examensarbetet var att sammanställa kunskap om indikationer och praxis för induktion av förlossning i de nordiska länderna Finland, Sverige, Norge och Danmark, för att få en överblick av hur länderna behandlar denna del av förlossningsvården. Frågeställningarna för studien var *Vilka är indikationerna för induktion av förlossning i de nordiska länderna?* och *Vilka rutiner följs vid induktion av förlossning i de nordiska länderna?*

Bakgrunden redogör omfattande för vad en induktion är. För att förstå skillnaderna mellan en spontan och inducerad förlossning beskrivs det hur en spontan förlossning kommer i gång. Det beskrivs hur en induktion går till med olika metoder samt indikationer och kontraindikationer till induktion. Även för- och nackdelar med induktion samt de olika metoderna tas upp.

Arbetet utfördes med "Scoping Review" metoden. Datamaterialet innefattade 22 källor bestående av statliga samt icke statliga hemsidor, rekommendationer, statistik och tidigare vetenskapliga studier i ämnet. Resultatet åskådliggjordes i tabeller och sammanställdes därefter i form av löpande text. Resultatet redogör för hur ländernas indikationer och praxis för induktion ser ut.

Slutsatser som kan dras är att ländernas indikationer och praxis för induktion i grunden är liknande och att en induktion alltid bör ha en medicinsk indikation. Trots det framkommer det skillnader i mängd utförda induktioner mellan samt inom länderna. Detta kan bland annat bero på att enhetliga nationella riktlinjer för induktionspraxis inte finns och att det därmed kan finnas skillnader i till exempel bedömning eller definition av vad som anses vara en medicinsk indikation. Resultatet påvisar att flest induktioner görs i Finland och minst i Sverige i dagsläget. Resultatet av studien diskuteras i förhållande till "Birth territory theory" av Kathleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur och Carolyn Hastie. Teorin fungerar som teoretisk referensram till arbetet.

Språk: svenska

Nyckelord: induktion, igångsättning, induktionspraxis, indikation, Norden, Scoping Review

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Mirja Rentola
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Synnytyksen käynnistäminen – ”Scoping Review” indikaatioista ja käytännöistä Pohjoismaissa

Päivämäärä 4.5.2022 Sivumäärä 36 Liitteet 2

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa synnytyksen käynnistämisen indikaatioista ja käytännöistä Pohjoismaissa; Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa, ja luoda yleiskuva siitä, miten tämä osa synnytyshoitoa on järjestetty kyseisissä maissa. Tutkimuskysymykset olivat *Mitkä ovat indikaatiot synnytyksen käynnistämiseen Pohjoismaissa?* ja *Mitä rutiineja noudatetaan synnytyksen käynnistyksissä Pohjoismaissa?*

Teoriaosuudessa kuvataan laajasti mitä induktio eli synnytyksen käynnistäminen on. Spontaanin ja käynnistetyn synnytyksen välisten erojen ymmärtämiseksi kuvataan miten spontaani synnytys käynnistyy. Lisäksi kerrotaan synnytyksen käynnistyksen eri menetelmistä, niiden käyttö- ja vasta-aiheista sekä synnytyksen käynnistyksen ja eri käynnistysmenetelmien mahdollisista eduista ja haitoista.

Työ toteutettiin ”Scoping Review” menetelmää käyttäen. Analysoitava tutkimusdata koostui 22 lähteestä, jotka perustuvat valtioiden omiin sekä valtioista riippumattomiin verkkosivustoihin, suosituksiin, tilastoihin ja aiempiin aihetta koskeviin tieteellisiin tutkimuksiin. Tulokset havainnollistettiin taulukoihin, jonka jälkeen niiden perusteella koottiin yhteenveto. Tuloksissa kuvataan maiden indikaatioita sekä käytäntöjä synnytyksen käynnistämiseen.

Johtopäätös on, että maiden induktioindikaatiot ja -käytännöt ovat samankaltaisia ja synnytyksen käynnistykellä on oltava aina lääketieteellinen peruste. Synnytyksen käynnistysten määrässä on eroja sekä maiden välillä että myös niiden sisällä. Tämä voi johtua muun muassa siitä, että induktiokäytännöille ei ole olemassa yhdenmukaisia kansallisia ohjeita. Siten esimerkiksi lääketieteellisenä pidettävän indikoinnin arvioinnissa tai määrittelyssä saattaa olla maiden välisiä eroja. Tulokset osoittavat, että synnytysten käynnistyksiä tehdään tällä hetkellä eniten Suomessa ja vähiten Ruotsissa. Tutkimuksen tulokset peilataan teoreettisena perustana toimivaan ”Birth territory theory”- teoriaan, jonka ovat kehittäneet Kathleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur ja Carolyn Hastie.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: induktio, synnytyksen käynnistys, käynnistyskäytäntö, indikaatio, Pohjoismaat, ScopingReview

BACHELOR'S THESIS

Author: Mirja Rentola
Degree Programme: Midwife, Vaasa
Supervisor: Anita Wikberg

Title: Induction of labour - A "Scoping Review" of indications and practice in the Nordic countries

Date 4.5.2022

Number of pages 36

Appendices 2

Abstract

The aim of the thesis was to compile knowledge about indications and practices for induction of labour in the Nordic countries Finland, Sweden, Norway and Denmark, to get an overview of how the countries deal with this part of obstetric care. The questions for the study were *What are the indications for induction of labour in the Nordic countries?* and *What routines are followed when inducing labour in the Nordic countries?*

The theoretical background describes what an induction is. To understand the differences between a spontaneous delivery and induced labour it is described how a spontaneous birth gets started. Different methods for induction, pros and cons of both induction and the methods are described, as well as indications and contraindications.

The study was done using the "Scoping Review" method. The data included 22 sources consisting of government and non-governmental websites, recommendations, statistics and previous scientific studies on the subject. The result was illustrated in tables and then compiled to a summary. The result describes what the countries indications and practices for induction are.

The conclusions are that the countries indications and practices for induction are fundamentally similar and that an induction always should have a medical indication. However, there are differences in the number of inductions both between the countries and between areas in the countries. This may, among other reasons, be due to the absence of national induction practice guidelines. There may be differences in for example the assessment or definition of what is considered a medical indication. The results show that most inductions are currently made in Finland and least in Sweden. The results of the study are discussed in relation to "Birth territory theory" by Kathleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur and Carolyn Hastie. The theory serves as a theoretical frame.

Language: swedish

Key words: induction of labour, induction practice, indication, Nordic countries, Scoping Review

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Bakgrund.....	3
3.1	Spontan förlossning och metoder för induktion	3
3.2	Indikationer och kontraindikationer till induktion	5
3.3	För- och nackdelar med induktion.....	7
4	Teoretisk referensram – "Birth territory theory"	9
5	Metod	12
5.1	Arbetsprocess	13
5.2	Etik	16
6	Resultat.....	19
6.1	Ökad mängd induktioner	19
6.2	Indikationer till induktion	21
6.3	Handläggning och induktionspraxis.....	23
7	Kritisk granskning och metoddiskussion	26
8	Diskussion	28
8.1	Resultatdiskussion	28
8.2	Resultat i förhållande till "Birth territory theory"	31
9	Avslutning	34
	Källförteckning.....	35
	Finlands författningssamling	42

Bilaga 1. Sökprocessen.

Bilaga 2. Materialöversikt.

1 Inledning

Examensarbetet är en studie över indikationer och praxis för induktion av förlossningar i nordiska länder. Utgående från en nationell definition är det frågan om en förlossning när graviditeten har pågått i minst 22 veckor eller när fostrets vikt är minst 500 gram (Tiitinen, 2021). Induktion innebär ett ingrepp där förlossningen igångsätts innan den spontant kommer i gång. Enligt världshälsoorganisationen WHO (World Health Organization) definieras en induktion som en process som artificiellt stimulerar livmodern att påbörja förlossningen och syftet med en igångsättning är att påverka längden på graviditeten (World Health Organization, u.d.)

Intresset för ämnet i fråga har väckts eftersom det är aktuellt både i Finland och internationellt i och med ökande mängd induktioner under de senaste årtiondena. Examensarbetet behandlar medvetet endast induktion, inte påskyndande av en förlossning som redan är i gång. Målsättningen är att utveckla barnmorskearbetet och öka barnmorskans kunskap om induktion eftersom det till stor del är barnmorskorna som utför induktionerna och finns nära kvinnan under processen av ingreppet. Genom kunskap och förståelse har barnmorskan möjlighet att förebygga och främja kvinnors och deras familjers hälsa på både individ- och folkhälsonivå. För att främja individuell vård och det naturliga med en förlossning behöver man ifrågasätta rutiner och medikalisering kring förlossningar. Förlossningsvården bör givetvis alltid sträva till att vara så trygg som möjligt för både kvinna och foster, men åtgärder före och i samband med förlossningar får samtidigt inte bli någonting som görs på rutin, utan behöver alltid bedömas individuellt samtidigt som kort- och långsiktiga för- och nackdelar bör tas i beaktande.

Examensarbetet utgår från en Scoping Review översiktsstudie med syfte att kartlägga befintlig forskning, kunskap och information om indikationer till och praxis om induktion av förlossningar i de nordiska länderna Finland, Sverige, Norge och Danmark. Länderna i fråga har valts på basis av liknande kultur, språk och för att alla länder utgör en del av de nordiska länderna. Studien innefattar vilka rekommendationer eller rutiner gällande induktion av förlossningar som finns i de nordiska länderna i dagsläget samt vilka indikationerna för induktion är.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med examensarbetet är att sammanställa befintlig kunskap om indikationer till och vårdpraxis om induktion i de nordiska länderna Finland, Sverige, Norge och Danmark för att få en överblick av hur länderna behandlar denna del av förlossningsvården. Arbetet syftar endast på induktion, inte påskyndande eller förstärkande av en redan påbörjad förlossning.

Målsättningen är att öka barnmorskans kunskap om induktion som metod eftersom åtgärden blir allt vanligare och den ingriper på den naturliga aspekten av en förlossning. Det är relevant för en barnmorska att i sitt arbete känna till fördelar, risker samt följder av ett ingrepp som induktion. En barnmorska skall kunna motivera sina handlingar och veta vilka konsekvenser åtgärderna kan ha på både modern och fostret, på förlossningens gång samt hur åtgärderna påverkar modern och babyen även tiden efter förlossningen. Ökad kunskap i ämnet ökar tryggheten både för mamman, fostret och barnmorskan.

Frågeställningarna som denna studie innefattar är följande

Vilka är indikationerna för induktion av förlossning i de nordiska länderna?

Vilka rutiner följs vid induktion av förlossning i de nordiska länderna?

Studiens frågeställningar har fastställts utgående från dess relevans till syftet. Frågeställningarna har även formulerats i relation till det aktuella ämnesområdet.

3 Bakgrund

I detta kapitel redogörs omfattande för vad en induktion är. För att förstå skillnaderna mellan en spontan och inducerad förlossning beskrivs det hur den spontana förlossningen kommer i gång. Det beskrivs hur en induktion går till med olika metoder samt indikationer och kontraindikationer till induktion. Olika metoder för induktion beskrivs samt upplevelser av och för- och nackdelar med dessa metoder. Världshälsoorganisationen WHO har tagit fram riktlinjer för induktion av förlossningar. Syftet med dessa riktlinjer är att främja kvaliteten på vården och resultatet av den (World Health Organization, u.d.). Inledningsvis presenteras WHO:s rekommendationer för induktion av förlossning:

För kvinnor vars graviditet är fullgången eller överburen rekommenderas inte induktion om graviditeten pågått mindre än 41 veckor och graviditeten varit okomplicerad, eftersom det inte finns tillräckliga bevis för att rekommendera induktion före det. För kvinnor vars graviditet har nått 41 fulla graviditetsveckor rekommenderas det att förlossningen skall induceras. Om det beräknade datumet för nedkomst är opålitligt och graviditetslängden inte kan uppskattas på ett tillförlitligt sätt ges en svag rekommendation att inducera förlossningen. (World Health Organization, u.d.).

3.1 Spontan förlossning och metoder för induktion

En fullgången graviditet pågår i 37+0–41+6 graviditetsveckor, varefter kvinnans kropp är redo och mogen för förlossningen och fostret föds vaginalt till följd av kroppens förlossningsarbete. Enligt WHO:s definition innebär en normal förlossning att graviditeten fyllt kriterierna för en så kallad lågriskgraviditet och att förlossningen startar spontant när graviditeten är fullgången (Paananen et al., 2015). En förlossning som startar spontant innebär oftast det bästa för både modern och fostret (Úlfsdóttir et al., 2009). En spontan förlossning kan börja genom att förlossningsvärkarna som förbereder förlossningskanalen för en vaginal förlossning kommer i gång eller att fostervattnet går till följd av att fosterhinnorna spricker (Fjellvang et al., 2019).

En induktion syftar till att få i gång värkarbetet som inte börjat spontant fast graviditeten är fullgången. Detta görs genom att på konstgjord väg stimulera kroppen till att föda vaginalt. Det kan göras med hjälp av olika metoder medicinskt, mekaniskt eller som en kombination av dessa metoder. Det första steget i en induktion är att få livmoderhalsen att mogna om den inte redan är mogen och lite öppen när induktionen påbörjas. För att mjuka upp livmoderhalsen med läkemedel används könshormonet prostaglandin. Det ges då som syntetiskt hormon i form av läkemedlet misoprostol, till exempel Angusta (Pharmaca Fennica, 2021), med syfte att få livmoderhalsen att mjukna och mogna. Det kan tas som tablett via munnen eller placeras vid livmoderhalsen i form av en gel. (Úlfsdóttir et al., 2009). En svensk studie har undersökt kvinnors förlossningserfarenheter om de inducerades med prostaglandinet misoprostol per oralt jämfört med vaginalt. I samband med detta gjordes även en utvärdering av kvinnors allmänna tillfredsställelse med induktion och faktorer i samband med en negativ upplevelse. Det identifierades ingen skillnad mellan oral och vaginal induktion med misoprostol. Faktorer som allvarlig förlossningsrädsla före förlossningen angavs vara en riskfaktor för negativ upplevelse av induktion. (Strandberg et al., 2021).

Om livmoderhalsen är mogen och lite öppen eller när livmoderhalsen mjuknat och öppnat sig till följd av prostaglandinbehandling kan nästa steg i en induktion genomföras genom att livmodermunnen utvidgas mekaniskt med den så kallade ballongmetoden. Då förs en ballongförsedd kateter via livmoderhalsen innanför livmodermunnen och placeras utanför fosterhinnorna. När katetern införts fylls ballongen i kateterspetsen med natriumkloridlösning för att hålla katetern på plats mellan livmodermun och fosterhinnor. Ballongen framkallar ett lätt tryck neråt på livmoderhalsen genom att tejpa katetern till kvinnans lår så att den drar lätt. Detta bidrar till att värkstimulerande hormon, oxytocin, börjar frisättas naturligt i kvinnans kropp, livmodermunnen utvidgas och värkarna kan komma i gång. (Úlfsdóttir et al., 2009). I Finland har man undersökt hur kvinnor upplevt induktion med ballongmetoden både i hem- och sjukhusmiljö. Slutsatserna för denna studie är att det endast är en marginell skillnad mellan att de kvinnor som befunnit sig i hemmiljö under induktionen var mindre nöjda och upplevde mer smärta än dem som befunnit sig i sjukhusmiljö under induktionen. Båda alternativen är således genomförbara alternativ när det är frågan om fullgångna lågriskgraviditeter. (Haavisto, ym., 2021).

Den egentliga induktionen sker när fosterhinnorna spräcks. Det kan hända spontant eller utföras mekaniskt med en så kallad hinnsvepning när livmodermunnen är tillräckligt öppen för åtgärden. I vissa fall, speciellt för kvinnor som tidigare fött barn, kan man göra hål på hinnorna genast, utan att behöva utföra de första stegen för induktion med prostaglandin eller ballongmetoden. Förlossningsvärkarna brukar börja när fosterhinnorna spricker, men ifall de inte börjar kan ett intravenöst oxytocin dropp läggas in för att stimulera värkarbetet (Úlfsdóttir et al., 2009). Förlossningshormonet oxytocin används idag som ett komplement till att på konstgjord väg få i gång förlossningens värkarbete och är ett redskap för induktion som oftast används tillsammans med någon av de andra induktionsmetoderna. Oxytocin ges som intravenöst dropp och förstärker sammandragningarna. (Ylitokola & Tapanainen, 2011). Vid inducerade förlossningar förekommer det oftare att modern behöver ges oxytocin som infusion för att förstärka värkarbetet än om förlossningen kommer i gång spontant. Det används också större mängd oxytocin infusion vid inducerade förlossningar. Detta gäller både när induktionen sker med medicinskt med prostaglandin eller mekaniskt med den så kallade ballongmetoden. (Panelius et al., 2012). Faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen för kvinnan negativt är bland annat att bli inducerad eller att det förekommer komplikationer under förlossningen, exempelvis post-partum blödning, kejsarsnitt eller infektion. De kvinnor som genomgår induktion är mindre nöjda med sin förlossningsupplevelse jämfört med kvinnor med spontan förlossningsstart. (Adler et al., 2020).

3.2 Indikationer och kontraindikationer till induktion

Beslutet att inducera en förlossning innan den spontant kommer i gång tas alltid av en läkare. Beslutet skall vara medicinskt motiverat, det skall inte finnas indikationer att göra ett kejsarsnitt och inte heller finnas kontraindikationer för en vaginal födsel (Eskola, 2016). För att på konstgjord väg inducera en förlossning krävs en medicinskt motiverad indikation, trots detta framkommer det i undersökningar att bland annat bosättningsområde, sjukhusets storlek och veckodag spelar roll i hur ofta induktioner utförs (Järvelin et al., 1993). De generella rekommendationerna är att induktion av förlossning endast bör utföras när det finns en tydlig medicinsk indikation för det och de förväntade fördelarna uppväger potentiella nackdelar. Även då bör den utföras med försiktighet eftersom en induktion kan medföra en risk för exempelvis livmoderns hyperstimulering, leda till bristningar och orsaka

stress för fostret. Indikationer som WHO listar är att graviditeten har pågått över 41 veckor, ruptur av fosterhinnorna innan förlossningsstart, kvinnans förhöjda blodtryck, kvinnans medicinska komplikationer, fosterdöd, störningar i fostertillväxt, fosterhinneinflammation, graviditet med fler än ett foster, vaginal blödning och andra komplikationer. (World Health Organization, u.d.).

Varje kvinnas tillstånd bör bedömas individuellt och aspekter som önskemål, preferenser och självbestämmanderätt bör tas i beaktande när en induktion planeras. Metoden för induktionen bör väljas på basis av livmoderhalsstatus och i samförstånd med kvinnan. Kvinnor som blivit inducerade med oxytocin, misoprostol eller andra prostaglandinpreparat skall aldrig lämnas obevakade. Induktionen skall utföras på ett ställe där det finns resurser för bedömning av mödra- och fosterhälsa under processens gång och på enheter där kejsarsnitt vid behov kan utföras. (World Health Organization, u.d.). En förlossning kan induceras av olika orsaker, den vanligaste orsaken är att graviditeten är överburen, vilket innebär att graviditeten fortskridit två veckor över det beräknade datumet för födseln, det vill säga 42+0 graviditetsveckor eller mer (Úlfsdóttir et al., 2009). Normalt pågår en graviditet i 40 veckor, vilket räknas från den senaste menstruationens första dag. Den beräknade nedkomsten överskrids när graviditeten pågått över 40 veckor, men definieras som överburen när den pågått över 42 veckor. (Timonen, 2015). Vanliga indikationer är att mängden fostervatten i livmodern minskat, moderns blodtryck är förhöjt, avvikelser under kardiokografi övervakning av fostret, avvikelser i blodflöde i navelsträng eller moderkaka eller att modern har en sjukdom som kräver behandling. Andra indikationer är olika graviditetskomplikationer, till exempel att modern får havandeskapsförgiftning eller har graviditetsdiabetes. I vissa fall kan en förlossning induceras av så kallade sociala skäl till exempel på grund av överdrivet lång väg till närmaste förlossningssjukhus eller att modern befinner sig i en svår livssituation. Dessa fall kräver dock noggrann övervägning, eftersom kvinnans kropp hur som helst bör bedömas vara redo för förlossningen. (Ylitokola & Tapanainen, 2011).

Kontraindikationer för induktion är tidigare operation av livmodern eller tidigare kejsarsnitt. Detta beror på att risken för ruptur av livmodern då är förhöjd. Om livmodern rupturerar ökar risken för blödning vilket kan innebära allvarlig fara för kvinnan och fostret. (Panelius et al., 2012). En annan kontraindikation till induktion är om livmodermunnen bedöms vara omogen, då rekommenderas inte en induktion. I detta fall kan man försöka

få den att mogna med hjälp av prostaglandin som placeras intill livmodermunnen för att göra den mjukare. Behandlingen kan vid behov upprepas flera gånger för att uppnå önskat resultat. (Ylitokola & Tapanainen, 2011).

3.3 För- och nackdelar med induktion

En fördel med induktion vid fullgången graviditet är att man i vissa fall kan minska risken för allvarliga komplikationer för kvinna eller foster (Kruit et al., 2016). Risker som kan uppkomma vid överburen graviditet är att moderkakan förkalkas vilket kan leda till att transporten av födoämnen och syre till fostret försämras. Detta i sin tur kan leda till att fostret kan lida av syrebrist före, under och efter förlossningen. Vid överburen graviditet är makrosomi vanligt förekommande, det vill säga att fostret är stort. Detta kan innebära att modern har högre risk att drabbas av förlossningskomplikationer. Dessa komplikationer kan innefatta bland annat bristningar, blödningar och hög infektionsrisk efter en förlossning. Eftersom barn som fötts långt efter den beräknade nedkomsten verkar ha en högre risk för att drabbas av metaboliska och kardiovaskulära sjukdomar, kan en induktion innan graviditeten är överburen eventuellt förebygga dessa. (Timonen, 2015). Mekanisk induktion med ballongmetoden och medicinsk induktion med prostaglandin är båda trygga sätt att utföra induktion. Ballongmetoden höjer inte risken för infektioner för modern. De barn som föds till följd av en induktion påverkas på basis av Apgar-poäng inte av vilken induktionsmetod som används, det vill säga av induktion mekaniskt eller medicinskt. (Panelius et al., 2012).

Nackdelar med induktion är att inducerade förlossningar är mer riskfyllda än spontant påbörjade förlossningar (Panelius et al., 2012). En induktion ökar risken för att behöva använda sugklocka under förlossningen (Úlfsdóttir et al., 2009). Var fjärde till femte av alla inducerade förlossningar i Finland slutar med kejsarsnitt. Detta i sin tur förlänger vårdtiden efter förlossningen samt höjer kostnaderna för samhället. Blödningar är vanligare när en förlossning blivit inducerad med läkemedlet prostaglandin, jämfört med om den blivit inducerad med ballongmetoden. (Panelius et al., 2012). Vid en förlossning som blivit inducerad behövs i regel oftare syntetiskt oxytocin för att stimulera förlossningsvärkarna (Barman & Henriksson, 2016). Detta är en nackdel eftersom det fortfarande forskas i oxytocinets påverkan på modern och babyn på både kort och lång sikt. Under förlossningen bidrar oxytocinet till att förstärka kraften i livmoderns sammandragningar, men det kan

ha negativa effekter efter förlossningen. Bland annat hämmar syntetiskt oxytocin som givits under förlossningen det naturliga oxytocinets produktion efter förlossning, därför borde användningen av oxytocin under förlossningen alltid vara väl motiverat. (Barman & Henriksson, 2016). Åt kvinnor som blivit inducerade ges i fler fall och större mängd syntetisk oxytocin under förlossningen än åt kvinnor vars förlossning startat spontant. Detta förekommer vid alla induktioner, men är aningen vanligare vid induktion med ballongmetoden. (Panelius et al., 2012). Både användning av syntetisk oxytocininfusion och prostaglandin kan utgöra en risk för livmoderns hyperkontraktilitet, det vill säga att livmodern drar ihop sig för ofta och att muskeln således inte hinner återhämta sig mellan sammandragningarna. Detta kan orsaka fostrets pulsförändringar och stressa fostret under förlossningen. (Panelius et al., 2012). En förlossning som blir inducerad med läkemedel kräver alltid monitorering och tätare uppföljning av moderns och fostrets tillstånd under förlossningens gång (World Health Organization, u.d.).

4 Teoretisk referensram – ”Birth territory theory”

En teoretisk referensram kan beskrivas som en struktur och vägledning i genomförandet och analysen av en studie eller forskning (Bell, 2014). Kathleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur och Carolyn Hasties teori ”Birth territory theory” (Bryar & Sinclair, 2011) fungerar som teoretisk referensram för föreliggande studie. Den kommer att användas för att spegla resultatet av studien i förhållande till teorin. I detta kapitel beskrivs teorin som valts för denna studie samt begreppen den innefattar.

Birth territory theory är en evidensbaserad holistisk teori som är utformad av fyra barnmorskor som även forskat. Teorin har utformats för att beskriva, förklara och förutsäga omgivningens påverkan på både den födande kvinnan samt fostret. Teorin kan tillämpas under alla skeden av graviditeten fram till den närmsta tiden efter förlossningen. Den är speciellt användbar under den aktiva förlossningen. Den kan användas av barnmorskor som vägledning och är ett verktyg för att maximera kvinnans integrativa kraft för att kunna åstadkomma en fysiologiskt normal graviditet och förlossning. För att en kvinna skall känna känsla av trygghet under förlossningen är det positivt att få denna att känna att hon har kontroll över situationen samt att dennas kropp och sinne har möjlighet att påverka förlossningens olika skeden. (Bryar & Sinclair, 2011).

En definition av vad som avses med förlossningsterritorium (eng. birth territory) är den helhet som utgörs av den konkreta omgivningen som förlossningssalar, omgivningen som skapas i föderskans inre och till exempel som förhållandet mellan föderska och barnmorska. Användningen av makt inom denna miljö utgör också en del av helheten. Detta gäller alla personer i detta utrymme; föderska, pappa, stödperson, barnmorska, läkare och så vidare. Omgivningen har stor betydelse för upplevelsen av trygghet och en lyckad förlossning. För att kvinnan skall ha en optimal omgivning att föda i, beskriver teorin att denna bör av kvinnan upplevas som trygg och stöttande. En sådan omgivning kan bidra till att kroppen har förmåga att slappna av, vilket är det mest optimala tillståndet för förlossning. Om kvinnan känner sig rädd eller otrygg triggas kvinnans hormoner att utsöndra till exempel adrenalin som kan orsaka att värkarbetet hämmas och förlossningen saktar av. (Bryar & Sinclair, 2011).

Begreppet genuin födelse (eng. genius birth) definieras som en förlossning där föderskan under förlossningens gång upplever integrerande makt (eng. integrative power) och får kontakt med sitt så kallade innersta heliga rum eller så kallade sanktum (eng. sanctum). Det innebär ett tillstånd där hon kan söka kraft och trygghet inifrån för att genomföra en fysiologiskt normal förlossning. Detta utesluter inte medicinska interventioner, men föderskan kan ta hänsyn till sitt holistiska välbefinnande just i det ögonblicket av sitt liv och bedöma behovet av dessa interventioner till fördel för förlossningens gång. Under en genuin förlossning upplever kvinnan kontroll över situationen. Teorin beskriver att målet för förlossningen är att kvinnan skall ges alla de redskap och det stöd som hon behöver för att uppleva en genuin förlossning. Detta innebär alltså att både yttre faktorer som miljö och inre faktorer som god självkänsla och trygghet skall tillgodoses. Mödrar som upplevt en genuin födelse tenderar att anse att förlossningen var mer lyckad och ha en mer positiv självbild än de som upplevt en forcerad födelse. Föderskan kommer efter ansträngningen att kunna känna glädje och lättnad både i närvaron av sitt barn och över sina egna prestationer. (Bryar & Sinclair, 2011).

En forcerad födelse (eng. forced birth) är motsatsen till en genuin födelse (eng. genius birth). En forcerad födelse innebär att man använder makt för att framställa en viss typ av förlossning. Disintegrerande maktanvändning påverkar alltid förlossningen negativt. I en forcerad förlossning upplever föderskan inte trygghet och inre styrka, utan kan uppleva att hon inte har kontroll över eller kan påverka det som sker. Detta kan i sin tur påverka hela förlossningens gång. Efter en forcerad födelse kommer kvinnan sannolikt inte att ha en lika positiv förlossningsupplevelse som efter en genuin födelse. I en omgivning som upplevs trygg producerar kvinnans kropp oxytocin, som är ett kritiskt hormon för att främja normal och naturlig förlossning. Hormonet spelar stor roll i frågan om hur smärttålig kvinnan är, den kan göra henne mer avslappnad och lugn samt framkallar sammandragningar som får förlossningen att framskrida. Barnmorskans uppgift är att vägleda, stödja och trygga omgivningen så att detta möjliggörs. Barnmorskans uppgift är även att beskydda förlossningsrummet från hämmande faktorer. Exempelvis kan desintegration innebära att någon annan eller kvinnan själv försöker dominera situationen vilket kan resultera i en upplevelse av negativa känslor för kvinnan. (Bryar & Sinclair, 2011).

Disintegrerande makt (eng. disintegrative power) innebär egocentrerad maktanvändning som kväver möjligheten att framkalla gynnsamma, integrerande maktformer i

förlossningsrummet. Disintegrerande makt kan under förlossningen tillämpas av personerna inom förlossningsterritoriet eller av föderskan själv. Teorin beskriver två definitioner på forcerad födelse. Den ena innebär att föderskans tro på sig själv kollapsar. Då intar hon en offerroll under förlossningen vilket kan leda till att situationen kräver att förlossningen forceras medicinskt i och med att kvinnans kropp och upplevelser inte når ett gynnsamt tillstånd för förlossning. Den andra typen av forcerad födsel innebär att föderskan har en bestämd uppfattning om hur förlossningen skall förlöpa och sin egen kapacitet, vilket står som ett hinder för att hon skall kunna dra nytta av sin inre styrka. Om föderskan klarar av att släppa kontrollen över sin så kallade egoistiska vilja kan hon upptäcka och få tillgång till sin inre kapacitet och ha möjlighet att uppleva en genuin förlossning. (Bryar & Sinclair, 2011).

Barnmorskan som beskyddare av förlossningen (eng. midwifery guardianship) är en form av integrativ kraft som Bryar och Sinclair (2011) beskriver innebär att barnmorskan fungerar som beskyddare av den födande kvinnan, hennes förlossningsrum och förlossningsterritorium för att kvinnan skall få föda ostört på sina egna villkor. Detta innebär bland annat att barnmorskan värnar om föderskans känsla av säkerhet och försäkrar att alla personer som befinner sig inom kvinnans förlossningsterritorium agerar integrativt för att förstärka föderskans tro på sig själv och sin kapacitet. När barnmorskan kan agera så att hen möjliggör och upprätthåller ett idealiskt förlossningsrum och ger maximalt stöd till kvinnan resulterar detta i en ökad sannolikhet att kvinnan kommer att uppleva en genuin födelse. I de flesta fall kommer det också att vara en fysiologiskt normal förlossning. Teorin hävdar att kvinnor som upplevt en genuin födelse med större sannolikhet kommer att vara nöjda med upplevelsen oberoende om förlossningen i slutändan är fysiologiskt naturlig eller inte. Teorin beskriver att begreppet barnmorska i detta sammanhang inte används i professionell mening utan i aktiv mening, innebärande att de åtgärder som vidtas under förlossningen görs integrativt tillsammans med föderskan, inte som ett sätt att dominera föderskan eller förlossningen. (Bryar & Sinclair, 2011).

5 Metod

Denna studie görs som en "Scoping Review" översiktsstudie. Kvalitativa metoden i fråga kan tillämpas när undersökningen fokuserar på att ta reda på viss kunskap inom ett visst kunskapsområde, för att få en omfattande överblick om vilken kunskap som finns om det aktuella ämnet för tillfället. Med hjälp av metoden kan man ta reda på vad som kunde forskas mer inom. Med metoden samlas och analyseras data fortlöpande, vilket innebär att frågeställningarna som man har satt upp i början är möjliga att utvecklas eller kompletteras under tiden som forskningen pågår. (Forsberg och Wengström, 2015). Kvalitativ metod är ett flexibelt alternativ till forskning (Patel & Davidson, 2011). I examensarbetet kommer indikationer till samt vårdpraxis gällande induktion av förlossning i nordiska länder undersökas.

Metoden i fråga tillämpas för denna studie utgående från dess karaktär att samla in material, utvärdera samt lägga fram tillgänglig information och forskningsbevis inom det specifika ämnesområdet. Med "Scoping Review" metoden fokuseras inte specifika forskningsfrågor och kvaliteten på tidigare forskningar inom ämnet som används, utan syftet är att få en översikt. Metodens resultat är ett bra sätt att föra fram befintlig information inom ämnesområdet till en bredare publik så som beslutsfattare, yrkesverksamma personer eller konsumenter som behöver få en överblick över befintlig forskning inom ett ämnesområde. (Arksey & O'Malley, 2005).

Med hjälp av "Scoping Review" metoden kan man undersöka befintlig kunskap inom ett specifikt ämnesområde på två olika sätt. Det ena innebär att man med en "Scoping Review" studie i stora drag kan kartlägga vilken typ av tidigare kunskap och forskning som finns inom något ämne och sedan använda informationen som sammanställts som grund till grundligare forskning inom det området. En "Scoping Review" kan även göras som ett helt fristående projekt för att granska ett ämnesområde på ett heltäckande sätt, speciellt inom områden som inte tidigare granskats på ett heltäckande sätt. En "Scoping Review" kan peka ut brister inom befintlig forskning och litteratur eller ge en bild av om en systematisk granskning av ämnesområdet vore relevant. (Arksey & O'Malley, 2005).

En "Scoping Review" studie utförs i sex steg: 1. Identifiering av forskningsfrågan, 2. Identifiering av relevanta studier, 3. Val av studier som skall användas, 4. Kartläggning och sammanställning av befintliga data och slutligen 5. Sammanfattning och rapportering av resultaten. Det sjätte steget, konsultation, är frivilligt och syftar till att öka validiteten för studien. Det är av största vikt att arbetsprocessen dokumenteras noggrant för att samma studie skall kunna göras av någon annan. Det att samma studie kan genomföras av en annan ökar resultatets tillförlitlighet. (Arksey & O'Malley, 2005). I denna studie kommer steg 1–5 användas, det sjätte steget uteblir på grund av brist på tid och resurser.

5.1 Arbetsprocess

I denna studie används steg 1–5 i "Scoping Review" metoden för att genomföra studien. Nedan redogörs för de olika stegen samt hur de genomförs i examensarbetet.

Steg 1: Syftet beskrivs och frågeställningar formas

Det första steget i en Scoping Review är att beskriva syftet med studien, forma frågeställningarna och sedan lägga upp en strategi för hur man skall hitta material som är relevant för studien (Arksey & O'Malley, 2005). Det fastställda ämnet för studien grundar sig på aktuell relevans då induktioner ökat markant i Norden.

Syfte och frågeställningar skapas efter att först bekanta sig med ämnesområdet. Syftet med examensarbetet är att sammanställa befintlig kunskap om indikationer till induktion av förlossning samt vårdpraxis i nordiska länder; Finland, Sverige, Norge och Danmark, för att få en överblick av hur de olika länderna behandlar denna del av förlossningsvården. Dessa länder väljs att inkluderas eftersom de är de största nordiska länderna. Island samt Färöarna och Grönland exkluderas på grund av språk och tidsbrist. Ämnet induktion är stort och informationsrikt vilket är orsaken till att studien begränsas till att endast syfta på och beskriva induktion, inte påskyndande eller förstärkande av en redan påbörjad förlossning. Studiens målsättning är att öka barnmorskans kunskap i det föreliggande ämnet.

Frågeställningarna som studien innefattar består av följande: 1) *Vilka är indikationerna för induktion av förlossning i de nordiska länderna?* och 2) *Vilka rutiner följs vid induktion av förlossning i de nordiska länderna?*

Steg 2 och 3: Datainsamling

Steg 2 och steg 3 utförs samtidigt. Datainsamlingen för studien utgår från Arksey och O'Malleys steg 2. i modellen för Scoping Review. Metoden rekommenderar att materialet som tillämpas i studien utgår från olika databaser, internetsidor samt artiklar från relevanta tidskrifter. (Arksey & O'Malley, 2005). Det andra steget innebär att hitta relevant information för studien, detta utförs utgående från att söka mångsidigt med varierande sökord relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Studiens data utgörs av de nordiska ländernas statliga hemsidor för organisationer som styr ämnesfrågorna i diverse land, vetenskapliga artiklar, samt andra hemsidor. De databaser som tillämpas är EBSCO, CINAHL, SweMed+, PubMed. Sökmotorn Google tillämpas för sökning av allmän information och internetsidor inom ämnesområdet.

Den data som tillämpas i examensarbetet baserar sig på en blandning av den information som finns till förfogande i respektive länders rekommendationer, dokument, vägledningar samt litteratur. Tillämpade sökord är induktion, igångsättning, förlossningsinduktion, nationella rekommendationer, indikationer, induktionspraxis, nationella riktlinjer, nordiska länderna, Finland Sverige, Norge och Danmark. Datainsamlingen begränsas till de inkluderade nordiska länderna.

Urvalskriterierna för studiens datainsamling utgår från dess relevans till syftet och frågeställningarna. För att behålla studiens trovärdighet inkluderas datamaterial från ländernas statliga internetsidor och evidensbaserad litteratur i form av vetenskapliga artiklar. Materialet begränsas till att vara från åren 2000–2021 för att sträva efter ett så aktuellt samt tillförlitligt resultat som möjligt. Dock förekommer viss statistik som fastställts innan året 2000 i studien. Motiveringen att innefatta denna statistik baserar sig på dess relevans till studiens syfte. För att få en bred överblick av ämnet och kunna besvara studiens frågeställningar användes både statliga och icke statliga internetsidor. Statliga källor som studien tillämpar är exempelvis THL (Institutet för hälsa och välfärd), Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen och Helsedirektoratet. De internetsidor som studien tillämpar ses innefatta information som stödjer studiens trovärdighet.

I Finland är det THL som ansvarar för att via forskning, internationellt samarbete samt utvecklingsarbete arbeta för att främja, förebygga och utveckla hälsa och välfärd samt social- och hälsovårdstjänster (Institutet för hälsa och välfärd, 2017). Sveriges

motsvarighet är den statliga myndigheten Socialstyrelsen vars uppgift är att sköta landets hälso-, sjukvårds- och socialtjänster. Till detta hör framförande och utvecklande av regler, kunskap och statistik, samt uppföljning och utvärdering av vården, föreskrifter, rekommendationer. Det är även myndigheten som granskar legitimationer av vårdpersonal i olika yrkesgrupper. (Socialstyrelsen, 2021). I Norge är Helsedirektoratet den myndighet som nationellt ansvarar för landets välfärd. De utvecklar hälsotjänster, utför rådgivning, verkställer politiska beslut och förvaltar lov och regelverk inom sektorn för hälsa. Deras syfte är att med målinriktat och professionellt arbete förstärka hälsan för befolkningen. (Helsedirektoratet, 2020). Den högsta sjukvårdsmyndigheten i Danmark är Sundhedsstyrelsen, vars mål är hälsofrämjande arbete i förebyggande syfte. Myndigheten planerar hälso- och sjukvården samt utbildar vårdpersonal. (Sundhedsstyrelsen, u.d.). Exempel på icke statliga hemsidor som används är exempelvis www.duodecimlehti.fi och www.helsenorge.no eftersom det anses nödvändigt för att besvara forskningsfrågorna. Ett examensarbete på avancerad nivå inkluderas eftersom det anses besvara forskningsfrågorna på ett tillfredsställande sätt.

I det tredje steget i Scoping Review väljer man vilket material som skall användas i studien baserat på studiens syfte och frågeställning samt inkluderings och exkluderingskriterier. Urvalsprocessen innebär sökning av befintliga data, utveckling av en sökstrategi samt granskning av data som hittas (Forsberg & Wengström, 2013). Datainsamlingen begränsas till de inkluderade nordiska länderna. Kriterier för att inkludera materialet i studien är att texten skall finnas på engelska, svenska, finska, norska eller danska och vara innehållsmässigt relevant för studiens syfte och frågeställningar. Information som inte besvarar frågeställningarna exkluderas i samband med att datamaterialet för studien söks. (Forsberg & Wengström, 2013). En stor del artiklar och data exkluderas redan på basis av rubrik, andra efter att till exempel abstraktet eller internetsidan lästes för att kunna uteslutas ur studien. Artiklar och annan typ av data som exkluderas är sådana som inte besvarade frågeställningarna och som exempelvis handlar om vilken induktionsmetod som är tryggast. Noggrannare beskrivning av inkluderings- och exkluderings kriterier beskrivs i Tabell 1.

Tabell 1: Kriterier för inkludering och exkludering.

Kriterier för inkludering**Kriterier för exkludering**

Data om inducerade förlossningar	Data från andra än de inkluderade nordiska länderna
Data från de nordiska länderna Finland, Sverige, Norge, Danmark	Data äldre än år 2000
Data från 2000–2021	Data om påskyndande eller förstärkande av en redan påbörjad förlossning
Statistik från 1993–, för jämförelse	Data om exempelvis vilken induktionsmetod som är tryggast eller mest använd
Data om induktionspraxis	
Data om indikationer till induktion	

Steg 4 och 5: Sammanställning och analys av data

Steg 4. och 5. utfördes parallellt. Resultaten av en "Scoping Review" kan presenteras i text, tabeller eller diagram (Arksey & O'Malley, 2005). Datamaterialet som inkluderas i studien är sammanlagt 21 olika referenser i form av data från ländernas statliga internetsidor, internetsidor, vetenskapliga artiklar, examensarbete på avancerad nivå och statistik. För att sammanställa det insamlade datamaterialet plockas först information från alla källor i en tabell. Tabellen finns som bilaga till studien (Bilaga 2). En tabell görs för att åskådliggöra när induktion utförs i de olika länderna samt hur mängden utförda induktioner ökat sedan nittioalet, se Tabell 2. Insamlade data analyseras genom att sammanfatta resultatet av studien i löpande text. Resultatet beskriver indikationer och praxis för induktion. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet. Resultatet speglas sedan i förhållande till studiens teoretiska referensram "Birth territory theory" (Bryar & Sinclair, 2011).

5.2 Etik

Enligt forskningsetiska delegationen och finländska vetenskapsförbundet som sammanställt anvisningar om forskningsetik och god vetenskaplig praxis anses en forskning vara etiskt godtagbar när den tillämpat de utgångspunkter och principer som fastställts i dessa anvisningar. Som grund för trovärdiga forskningsresultat ligger öppenhet, metoder som lämpar sig för vetenskaplig forskning samt ansvarsfull kommunikation. (Forskningsetiska delegationen (TENK) 2021). Forskningsetikens syfte är att alltid göra gott

och de etiska aspekterna följer med från början till slut av forskningsprocessen (Sandman & Kjellström, 2014). I denna Scoping Review översiktsstudie, så som i alla studier som utförs, är det viktigt att granska det material som slutligen inkluderas i studien. Arbetets resultat skall vara etiskt hållbart för att resultatet skall kunna användas för att främja vårdarbetet. För att studien skall vara etiskt hållbar redogörs till exempel de inkluderade källorna korrekt och källornas ursprung granskas kritiskt innan de inkluderas i studien. För att följa en god etisk och vetenskaplig praxis är det viktigt med objektivitet under arbetets gång. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014).

I Finland följer barnmorskor både barnmorskornas (International confederation of midwives, 2014) och sjukskötarens (Finlands sjuksköterskeförbund, 2021) etiska principer i sitt arbete. Centrala etiska överväganden inom barnmorskans arbete är självbestämmanderätt, jämlikhet, individualitet, hälsocentralitet, ansvar, kontinuitet, familjecentrering och självständighet. En barnmorskas agerande styrs av de etiska principerna och barnmorskan skall alltid arbeta för kvinnans och familjens bästa. Hon ska ta i beaktande vägledande aspekter så som vårdetik tillsammans med till exempel bland annat *Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992)*. I fall etiska konflikter uppstår skall dessa i samråd med kvinnan eller hennes familj redas ut. Etiska konflikter som barnmorskan kan stöta på utöver dem som kan uppkomma i kontakten med patienter är konflikter mellan kollegor, andra yrkesgrupper eller samhället. Utmaningar kan även vara skillnader mellan olika kulturer, språk och religioner. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014).

Etiska konflikter som kan uppstå i fråga om induktion av förlossning är till exempel att kvinnan själv inte får bestämma att hon vill bli igångsatt utan medicinsk orsak. Det är alltid en läkare som tar beslutet om induktion och beslutet skall grunda sig på en medicinsk indikation. Metoden som används vid induktion kan och skall diskuteras med kvinnan och då skall självbestämmanderätten tas i beaktande. Kvinnan kan själv bestämma om hon inte vill att hennes förlossning skall induceras. Eftersom den vård som berör förlossningar berör både den födande kvinnan och fostret kan flera etiska dilemman uppstå, eftersom det bästa för fostret inte alltid automatiskt innebär det bästa för kvinnan och vice versa. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014).

En del av god vetenskaplig praxis är att forskningsprocessen är väl dokumenterad, noggrant utförd, att tidigare forskning som använts i undersökningen är etiskt granskad, forskningen

är utförd på ett etiskt hållbart vis och forskningsresultaten är presenterade sanningsenligt. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014). Data på främmande språk utgör alltid en risk för misstolkning av data, vilket i sin tur kan leda till ett otillförlitligt resultat (Sandman & Kjellström, 2014). Detta innebär att det bör fästas extra noggrannhet när data på ett främmande språk inkluderas och att översättning och tolkning är korrekta. Därför insätts de engelska begreppen i delen om teoretisk referensram fortlöpande genom texten vid begrepp som är fritt översatta.

6 Resultat

Resultatet påvisar en ökning i mängd induktioner och beskriver indikationer och praxis för induktion i nordiska länder.

6.1 Ökad mängd induktioner

Induktioner har ökat betydligt i alla länder i fråga under de senaste årtiondena, men den största ökningen har skett i Finland (Tabell 2). I Finland har igångsättningar av förlossningar under 2000-talet ökat betydligt, ungefär en tredjedel av alla förlossningar blir i dagsläget inducerade i Finland (THL, 2020). Mängden överburna graviditeter, det vill säga graviditeter som pågått över 42 veckor, har i Finland varit ungefär lika under de senaste 20 åren, mellan 4,1–5,3 %, men mängden induktioner har ökat betydligt under denna tid. År 2013 var andelen barn som föddes efter 42 graviditetsveckor 4,3% av alla nyfödda. (Timonen, 2015). Mellan 8–10 % av alla graviditeter i Finland pågår till vecka 41 (Kruit et al., 2016). Skillnader mellan universitetssjukhusen är märkbara, i södra delen av Finland förekommer mer överburna graviditeter än i norr. Den sannolika orsaken till skillnaderna angående överburenhet inom landet beror troligen på skillnader i induktionspraxis, det vill säga i vilket skede av graviditeten som förlossningarna induceras. (Timonen, 2015). Lite över en femtedel av alla förlossningar i Sverige blir i dagsläget inducerade vilket innebär att mängden har fördubblats på tjugo år. I landet finns stora skillnader mellan regionerna, högst andel induktioner år 2019 hade Dalarna medan Blekinge hade lägst när man jämförde enkelbördsförlossningar från graviditetsvecka 37 och framåt. (Socialstyrelsen, 2020). Enligt Socialstyrelsens register över inducerade förlossningar kan man se att trenden för ökat antal inducerade förlossningar fortsätter öka på förlossningssjukhusen i Sverige varje år. År 2000 blev ca. 10% av förlossningarna inducerade i hela landet av de registrerade förlossningarna. År 2019 motsvarade siffran 20,7%. I registret ser man inte den medicinska indikationen till att förlossningarna blivit inducerade, men orsaker som överburenhet, graviditetsdiabetes eller komplikationer som blödningar nämns. (Socialstyrelsen, 2021).

Tabell 2. Tabell över tidpunkt för handläggning, induktion och jämförelse mellan mängd induktioner på 1990-talet och år 2019 i de nordiska länderna.

	Handläggning vecka	i	Tidpunkt för induktion	Mängd förlossningar som inducerats år 2019	Mängd förlossningar som inducerats 1990-talet
Finland	41+5		41+5 eller senast 42+0	31,5% (2019)	14,3% (1995)
Sverige	Mellan 42+0	41+0 –	42+0	20,7% (2019)	ca 8% (1993)
Norge	41+0		41+0	26,4% (2019)	15% (1993)
Danmark	9 dagar efter BF kontakts kvinnan 41+2		41+3–41+5, mål: babyn skall vara född före vecka 42+0	26,8% (2017)	11,5 % (2000)

Induktioner av förlossningar har även ökat i Norge sedan nittioalet (Folkhelseinstituttet, 2021). År 2000 var andelen inducerade förlossningar i landet 8,8%, motsvarande mängd år 2019 var 26,4%. Mängden induktioner som utförs skiljer sig mellan sjukhus och områden inom landet. (Sund Oppegaard et al., 2020). I Danmark har förlossningarna ökat från 11,5% år 2000 till 26,8% år 2017. Där har induktion på grund av överburenhet tidigarelagts efter år 2011 och induktionerna har ökat i och med en nationell praxis med handläggning i vecka 41(NPO Kvinnosjukdomar och förlossning, 2021, Sund Oppegaard, K. et al., 2020). Rutinmässiga induktioner utförs i graviditetsvecka 41+3–41+5, men enligt en omfattande undersökning mellan åren 2000–2016 fanns inga skillnader i de neonatala utfallen, däremot framkom det bland annat att mängden induktioner hade ökat från 41% till 65%, att användningen av epidural bedövning hade ökat och att det förekommit dubbelt så

många uterusrupturer efter införandet av induktion i vecka 41+3–41+5. (Sund Oppegaard, K. et al., 2020).

6.2 Indikationer till induktion

De vanligaste indikationerna till induktion i Finland är överburenhet och vattenavgång utan värkar, dessa utgör 50–60% av alla induktioner. Om fostervattnet avgår utan värkar avvaktar man på de flesta ställena spontana värkar i 24 timmar innan förlossningen induceras. Andra vanliga indikationer till induktion är att modern har graviditetsdiabetes, preeklampsi, att fostrets tillväxt har saktat ner, moderns blodtryck är förhöjt, att mängd fostervatten är liten, infektion, rhesusimmunisering eller att modern har en allvarlig grundsjukdom. Induktion på andra grunder rekommenderas inte före graviditetsvecka 40. Ibland kan en psykosocial orsak som förlossningskräck eller utmattning anses som indikation till induktion. I vissa fall kan en induktion planläggas på grund av logistiska skäl, så som lång väg till närmaste förlossningsenhet eller att modern tidigare haft snabba förlossningar. Indikationen för induktionen bör dokumenteras i patientjournalen. (Kruit et al., 2016).

Den vanligaste indikationen till induktion i Sverige vid en fullgången graviditet är överburenhet, långvarig vattenavgång utan värkar samt humanitära indikationer (Widén & Johansson, 2015). I Sverige är induktion på grund av överburenhet en indikation efter 42+0 graviditetsveckor (Wennerholm et al., 2019). Avtagande fostertillväxt, havandeskapsförgiftning och diabetes anses också som indikationer till induktion (Socialstyrelsen, 2020). Psykosociala faktorer kan efter särskilt övervägande anses som indikation. Det finns inga tydliga riktlinjer för vad som anses som humanitära indikationer (Persson & Rosén, 2015). I Sverige finns det inte nationella riktlinjer eller rekommendationer som skulle beröra förlossningsvården och som skulle vägleda all typ av förlossningsverksamhet. Allmänt informerar Socialstyrelsen på sin hemsida att de riktlinjer som finns framtas främst för att de skall vara ett underlag och stöd för beslutsfattare för att kunna fördela offentliga hälsovårds- och sjukvårdsresurser jämt, inte som underlag för medicinskt beslutsfattande inom vården. Landsting, region och kommun bestämmer i sin tur över hur resurserna används i de egna områdena. (Socialstyrelsen, 2019). I Sverige har det i början av år 2021 lagts fram förslag om att ta fram nationella riktlinjer som skulle gälla

för graviditeter som pågår till graviditetsvecka 41 eller längre. Orsaken till att man vill göra dessa är för att öka jämlikheten i förlossningsvården i hela landet samt förebygga peri- och neonatal död. Förändringen i handläggning av induktion baserar sig på evidens om induktion. Tanken är att man skall erbjuda induktion eller individuell planering för alla som går in i graviditetsvecka 41. I dagsläget är skillnaderna i praxis stora och ojämlika på olika håll i landet där induktion utförs, med en tidsaxel från 41+0 veckor och efter 42 veckor. Målet är att förlossningen skall vara över eller åtminstone i gång innan vecka 42 börjar. I förslaget tas det i beaktande hur ett införande som detta skulle innebära ett ökat behov av ekonomiska resurser och kompetens för att kunna säkra all övrig förlossningsvård. (NPO Kvinnosjukdomar och förlossning, 2021). Studien "SWEdish Post-term Induction Study SWEPIIS" påbörjades år 2016, vars syfte var att undersöka om tidigareläggning av induktion vid 41 veckor förbättrar perinatal- och föderskans utkomster jämfört med induktion vid 42 veckor för kvinnor med lågriskgraviditet. Studien innefattade 14 sjukhus i Sverige under åren 2016–2018. Inga perinatale dödsfall inträffade i induktionsgruppen men sex, fem dödfödslar och en tidig neonatal död, inträffade i gruppen där man avvaktade längre. Studien avbröts tidigt på grund av en betydligt högre perinatal dödlighet i gruppen med kvinnor som avvaktade spontan förlossningsstart eller blev inducerade när graviditeten var överburen jämfört med gruppen där förlossningarna blev inducerade redan efter 41 veckor. På grund av att studien avbröts bör slutsatserna som dras av den tolkas med varsamhet. (Wennerholm et al., 2019). Enligt en studie som Karolinska institutet gjort anser samtliga förlossningssjukhus att ett beslut att utföra en induktion kräver en medicinsk indikation. Trots detta finns stora skillnader i praxis inom landet eftersom det ännu inte finns nationella riktlinjer. Detta innebär att metoderna och tidpunkterna för när man gör vad skiljer sig åt och det är upp till varje förlossningsenhet att bedöma när det finns indikation till en induktion. Vården strävar till att vara individualiserad men samtidigt jämställd. (Persson & Rosén, 2015).

En induktion i Norge kräver alltid en medicinsk indikation samt bedömning av kvinnans och fostrets tillstånd. Indikationer för induktion är bland annat överburenhet, diabetes eller graviditetsdiabetes, vattenavgång efter 37 graviditetsveckor och andra medicinska indikationer. De vanligaste orsakerna för att inducera en förlossning är vattenavgång utan förlossningsvärkar, överburenhet och mammans höga blodtryck eller preeklampsi. Enligt en norsk studie år 2013 som innefattade 24 förlossningsenheter framkom det att var tionde

inducerad förlossning saknade medicinsk indikation. Den vanligaste angivna orsaken till induktion var kvinnans egen önskan om detta. Övriga orsaker som angavs var trötthet, oro eller tidigare dålig förlossningsupplevelse. (Sund Oppegard et al., 2020).

Indikation till att utföra en induktion i Danmark är bland annat överburenhet eller ett tillstånd där kvinnan eller fostret inte mår bra. (Region H Nordsjællands Hospital, u.d.). Dessa tillstånd kan innefatta preeklampsi, att kvinnan har förhöjt blodtryck, avvikande levervärden, tvillinggraviditet, makrosomi och överburenhet. Andra indikationer kan exempelvis vara graviditetsdiabetes, att modern är över 40 år eller hade ett högt BMI ≥ 35 , det vill säga body mass index-tal, redan innan graviditeten. (Aarhus universitetshospital, u.d.).

6.3 Handläggning och induktionspraxis

I Finland får den gravida kvinnan i regel komma på en första så kallad övertidskontroll när graviditeten pågått i 41+5 graviditetsveckor. Rekommendationen är att påbörja induktionen då eller senast när kvinnan går in i graviditetsvecka 42+0 (Timonen, 2015). En förlossning kan induceras om moderns eller fostrets mående kräver detta (Tays, 2020). Induktionen skall vara medicinskt indikerad, cervix bör bedömas vara mogen och det skall inte finnas kontraindikationer till induktion. Beslutet tas av en läkare i samförstånd med kvinnan. Kvinnan informeras om metoderna som finns att tillgå samt riskerna med induktion. (Kruit et al., 2016). Om en förlossning beslutas induceras bedöms kvinnans och fostrets tillstånd i sin helhet. Graviditetens längd, fostrets mående och fixering kontrolleras och cervix mognad bedöms och därefter görs valet av metod som skall användas. Om cervix bedöms vara omogen påbörjas induktionen med att mjuka upp den, antingen genom att använda ballong-metoden eller med läkemedelsbehandling med prostaglandin. Om det är frågan om ballong-metoden kan kvinnan antingen vara kvar på sjukhuset eller om hon mår bra åka hem och invänta förlossningens start. Om förlossningen induceras med läkemedel blir kvinnan kvar på sjukhuset för induktion. Både mammans och fostrets mående övervakas. Om livmoderhalsen redan är mogen kan induktionen påbörjas genom hinnsvepning eller intravenöst oxytocindropp. När förlossningsvärkarna är regelbundna är förlossningen i gång. (Tays, 2020).

I Sverige anges den vanligaste metoden för induktion av förlossning vara med hjälp av läkemedel. Andra metoder är ballongmetoden och hinnsvepning. Alla dessa metoder syftar till att på konstgjord väg framkalla förlossningsvärkar som skall leda till en förlossning. (Socialstyrelsen, 2020). Man bedömer först cervixmognaden med hjälp av poängskalan i verktyget Bishop Score (BS) 1–10 där ett resultat på 1–5 innebär omogen cervix och 6–10 betyder mogen cervix. För att utföra en induktion krävs det på alla förlossningskliniker att BS är högre än 6, på vissa kliniker 7 samt att fostrets läge är korrekt innan man påbörjar induktion. Vid omogen cervix status används antingen prostaglandin behandling för att mjuka upp eller den mekaniska ballongmetoden för att förbereda cervix för en induktion. Primärt utförs induktion genom hinnsvepning. Sedan inväntas värkarbete i 1–3 timmar. Om värkarbetet inte kommer i gång spontant påbörjas oxytocin dropp för att stimulera livmoderns sammandragningar. (Persson & Rosén, 2015).

I Norge får gravida gå på kontroll från och med fyra dagar efter beräknat datum för nedkomst och senast efter 41 fulla graviditetsveckor. Då kan induktion diskuteras ifall det finns indikationer till det, men graviditeten anses vara överburen först efter 42 fulla graviditetsveckor eller 11 dagar efter beräknat datum. Vid graviditetskomplikationer eller riskgraviditeter kan induktion bli aktuellt tidigare och detta beslutas under individuell handläggning. (Helse Norge, 2021). Kvinnan genomgår en gynekologisk undersökning där läkaren eller barnmorskan bedömer cervix mognad. Fostrets tillstånd och fixering bedöms och på basen av dessa faktorer igångsättningsmetod. Ballong-metoden används vid omogen cervix för att stimulera och mjuka upp. Om cervix är mogen kan hinnsvepning utföras. Hormonet prostaglandin kan användas eller intravenöst oxytocin dropp ges för att stimulera till förlossningsvärkar. (Helse Norge, 2021, Oslo universitetssykehus, 2021).

I Danmark erbjuds kvinnan induktion när graviditeten pågått i över 41 veckor. Hon blir informerad om induktion och får själv ta beslutet om hon vill bli inducerad då eller avvakta en spontan förlossning. (Sundhedsstyrelsen, 2016). Ifall hon väljer att vänta på en spontan förlossningsstart erbjuds hon att komma på regelbundna kontroller till förlossningsavdelningen (Sydvestjysk sygehus, 2021). När graviditeten pågått nio dagar över det beräknade datumet blir den gravida kontaktad av förlossningsvården och får en tid för övertidskontroll. Vanligtvis påbörjas induktionen mellan vecka 41+3–41+5 och målet är att kvinnan skall ha fött innan vecka 42+0, eftersom riskerna för fostret växer betydligt efter det. (Hvidovre hospital, u.d.). På grund av medicinska indikationer kan en induktion

bli aktuell även före vecka 41+5 (Sydvestjysk sygehus, 2021). Valet av induktionsmetod tas på basis av hur mogen kvinnans kropp är inför förlossningen. Vid omogen cervix används först metoder för att mjuka upp den och få den att mogna. Därefter induceras själva förlossningen genom hinnsvepning. Det används både mekaniska och medicinska metoder för induktion. (Region H Nordsjællands Hospital, u.d.). I en dansk forskning som handlar om att störa den fysiologiska förlossningen med interventioner, bland annat induktion med olika metoder, som inkluderade 380 326 förstföderskor med fullgångna graviditeter mellan åren 2000 och 2017 framkom det att mängden rutinmässiga ingrepp ökat i det danska mödravårdssystemet. Det konstaterades att interventioner kan leda till ytterligare ingrepp och konstaterades att "för mycket för tidigt" (Miller et al., 2016) i många höginkomstländer har blivit en utmaning inom mödravården. I den aktuella studien var den mest betydande förändringen mellan 2000 och 2017 ökningen av induktioner från 7% till 24%. I samband med detta kunde det bland annat konstateras att användning av både oxytocin och epidural anesthesi ökade betydligt och att sannolikheten att man använde sig av båda dessa under förlossningen ökade från 14% till 44%. Att störa en fysiologiskt normal förlossning med interventioner kan eventuellt bidra till kort- och långsiktiga konsekvenser för både kvinna och barn "*interventions may interfere in physiological labour and carry the risk of potential short- and long-term consequence*". WHO:s har uttryckt oro för en ökande medikalisering av förlossningen, vilket kan påverka den långsiktiga foster- och mödrahälsan. Vidare kan medikalisering av födseln påverka kvinnans autonomi och ha en negativ inverkan på hennes förlossningsupplevelse. (Rydahl et al., 2020).

7 Kritisk granskning och metoddiskussion

Som metod för examensarbetet användes Scoping Review (Arksey & O'Malley, 2005) vilket möjliggjorde mångsidig informationssökning. Egenskaper i en Scoping Review som passar denna studie är att den kan behandla breda ämnesområden eftersom den kan tillämpa olika slags studiedesigner och är inte lika bunden som till exempel en systematisk studie. Den har lämpat sig bra för att få en översikt av hurdan information inom detta ämnesområde som går att hittas i dagsläget genom att det varit möjligt att inkludera inte bara vetenskapliga data i studien. Dock innebär valet att inkludera även andra typer av data att det kan finnas brister i reliabiliteten som inte är lika hög som i exempelvis en systematisk litteraturstudie. Med hjälp av dokumentation av arbets- och sökprocessen kan samma studie genomföras av en annan och således ökar resultatets tillförlitlighet (Arksey & O'Malley, 2005). På grund av brist på tid utelämnades det sjätte steget, konsultation, i metoden Scoping Review. Det skulle ha höjt validiteten på studien. Valet att exkludera Island, Grönland och Färöarna ur studien trots att även de räknas som nordiska länder gjordes på grund av språk. Detta innebär i sin tur en brist i och med att resultatet således inte gäller alla de nordiska länderna. Styrkor i denna studie är att den är unik i sitt slag i och med metoden som den utförts på och ämnet är relevant i och med den ökande mängden induktioner. Den ger en god översikt av hur induktion av förlossningar i nordiska länder ser ut.

Tidigare forskning inom ämnesområdet har bidragit till ett helhetsperspektiv till arbetet men har inte kunnat användas i resultatet på ett önskvärt sätt eftersom det inte besvarade syfte och frågeställningar för studien. Enligt Henricson & Wallgren innebär innehållsvaliditet att en utomstående som är väl insatt i ämnet läser igenom arbetet. Denna skall iaktta att innehållet i det insamlade data är relevant och ger rätt information. (Henricson & Wallgren, 2014). Det som begränsat arbetet har varit svårigheten att hitta relevant information. Datamaterialet som använts är en blandning av information från statliga hemsidor och allmänna internetsidor. Strävan har varit att trovärdigheten skall vara så hög som möjligt. Det fanns brister i urvalet gällande vetenskapliga artiklar. Sökorden som användes var relevanta, men de artiklar som fanns besvarade inte frågeställningarna som valts för detta arbete. Scoping Review metoden i sig utgjorde även den en utmaning

eftersom den är relativt okänd, dock lämpade den sig för denna typ av studie. Dessa aspekter innebär att det är svårt att sammanställa någon allmän praxis på basis av det insamlade datamaterialet eftersom de flesta sjukhusen har väldigt lika tillvägagångssätt i teorin, men att praktiken ändå ser annorlunda ut på basis av data och statistik. Examensarbetet saknar en mer detaljerad, enhetlig och djup inblick på grund av svårigheten att finna information. Resultatet av informationen som hittats är en sammanställning, vilket innebär att det inte är exakt samma rutiner som är beskrivna för vardera landet som följs på alla enheter inom landet i fråga, utan snarare är exempel på hur det kan se ut.

8 Diskussion

Syftet med examensarbetet är att sammanställa befintlig kunskap om indikationer och vårdpraxis för induktion i de nordiska länderna Finland, Sverige, Norge och Danmark, för att skapa en överblick av hur länderna behandlar denna del av förlossningsvården. Resultatet diskuteras och speglas sedan i förhållande till den teoretiska referensramen "Birth territory theory" som valts för arbetet eftersom induktion som metod ingriper på den naturliga aspekten av en förlossning och en av barnmorskans uppgifter är att skydda förlossningen som en naturlig och helig händelse.

8.1 Resultatdiskussion

Resultatet påvisar att både indikationerna för induktion och vårdpraxis liknar varandra i de nordiska länderna som studien innefattar. Det framkommer att nästan alla länders förlossningsvård kräver en medicinsk indikation eller att graviditeten anses överburen för att en induktion skall vara indikerad. Det framkom tydligt att mängden induktioner har ökat och fortsätter öka i alla länder i fråga. Resultatet påvisar att flest induktioner görs i Finland och minst i Sverige. Skillnader i mängd kan förklaras på många sätt; skillnader i tidpunkt för induktion, mer förekomst av tillstånd eller komplikationer som indikerar en induktion på vissa områden och så vidare.

I dagsläget saknar de flesta nordiska länder tydliga nationella riktlinjer vad gäller induktion av förlossning, det vill säga en nationell enhetlig modell för alla landets förlossningsenheter att följa, speciellt när det kommer till tidpunkten när man skall inducera en förlossning exempelvis på grund av överburenhet. Ett undantag är Danmark, som relativt nyligen ändrat sina riktlinjer. I Danmark induceras förlossningar innan de klassas som överburna eftersom den nationella riktlinjen är att inducera förlossningar senast i graviditetsvecka 41+5. Målet är att barnet skall vara fött före vecka 42+0 för att förhindra komplikationer och risker som kan förekomma vid överburenhet (Rydahl et al., 2020). Sjukhusen i alla länder har egna rutiner som baserar sig på vetenskap, senaste forskning och till exempel WHO:s rekommendationer, men skillnader finns och det slutliga ansvaret i hur denna del av förlossningsvården ordnas ligger på dem som producerar vården. Detta kan bidra till att

förlossningsvården blir ojämnställd och att det förekommer fler eller färre induktioner exempelvis beroende på bosättningsplats.

Det finns knappast något entydigt svar till alla orsaker varför förlossningar induceras i sådan utsträckning och ökande grad som de görs i dagsläget. Orsakerna är bland annat ökad förekomst av till exempel överburenhet och graviditetsdiabetes. Förlossningsvården strävar till att det skall vara så tryggt som möjligt att föda barn. Ur barnmorskans synvinkel innebär den ökande mängden ingrepp och medikalisering att graviditeten börjar förlikas med en diagnos eller ett medicinskt problem som skall lösas. Det innebär en utmaning att låta graviditet och förlossning vara de naturliga händelser som de är, speciellt med den ökande mängden olika komplikationer som även de ökar. Innebär ökad medikalisering att snart alla förlossningar anses onormala? Ju fler aspekter som anses indikera induktion, desto fler induktioner kommer i teorin att utföras. I alla länder i fråga verkar det pågå diskussioner om tidpunkt och orsak till att förlossningar borde induceras. Det som bidrar till diskussionen är resultat från senaste forskningar. Exempelvis utkomsten i SWEPIS studien borde ändå tolkas med försiktighet, eftersom studien blev avbruten mitt i. Ny forskning bidrar till att påvisa kunskapsluckor och det behövs fortsättningsvis mycket forskning i ämnet för att kunna fastslå den tryggaste tidpunkten för induktion, inte bara för att kunna undvika till exempel neonatal dödlighet utan även för att kunna försäkra en både fysiskt och psykiskt trygg förlossningsupplevelse för kvinnan.

Förutom kvinnans eller fostrets fysiologiska orsaker till induktion angavs psykosociala orsaker vara en indikation till induktion. Det framkom att det kan tänkas vara en tolkningsfråga vad som anses vara en sådan.

“Induction of labour is being used more and more at the request of pregnant women to shorten the duration of pregnancy or to time the birth of the baby according to the convenience of the mother and/or health-care workers” (World health organization, u.d.).

Det finns inga tydliga riktlinjer för vad som anses som humanitära indikationer (Persson & Rosén, 2015). Till och med moderns tidigare snabba förlossningar, *“aiempi nopea synnytys”* (Kruit et al., 2016), angavs vara en indikation, vilket låter mycket ologiskt. En förklaring till detta kan tänkas vara att vilja ha kontroll över förlossningen om tidigare upplevelser har visat att en kvinna haft mycket snabba förlossningar. Trots detta strider det mycket mot

tanken att låta förlossningen vara en naturlig händelse utan onödiga interventioner och att en induktion alltid bör ha en medicinsk indikation.

Även andra ingrepp har ökat under samma period som induktionerna, exempelvis kejsarsnitt. Bland enkelbördsförlossningar i Sverige år 2019 var det 16,3 procent av de som inducerades som avslutades med kejsarsnitt, jämfört med 6,5 procent av de som startade spontant (Socialstyrelsen, 2020). Att inducera en förlossning innebär en ökad risk för utdragen förlossning och kejsarsnitt *"Käynnistykseseen liittyy lisääntynyt pitkittyneen synnytyksen ja päivystyskeisarileikkauksen riski"* (Kruit et al., 2016). Var fjärde till femte av alla inducerade förlossningar i Finland slutar med kejsarsnitt, som i sin tur förlänger vårdtiden efter förlossningen samt höjer kostnaderna för samhället (Panelius et al., 2012). Kan det ha ett samband? Gör man flera kejsarsnitt idag på grund av att fler förlossningar blir inducerade? Interventioner påverkar den naturliga processen av förlossning och kan förknippas med ökad risk för komplikationer, särskilt blödning, kejsarsnitt, hyperstimulering av livmoder och andra komplikationer (World Health Organization, u.d.).

Det kan diskuteras om det över huvud taget är och vore bra med nationella riktlinjer gällande induktion i en specifik graviditetsvecka. Visst vore det vägvisande, men i vissa fall även begränsande. Det skulle innebära att fler förlossningar skulle bli inducerade på rutin, endast på basis av graviditetsvecka. Det är känt att interventioner kan leda till ytterligare ingrepp och "för mycket för tidigt" (Miller et al., 2016) har i många höginkomstländer blivit en utmaning inom mödravården. Skulle nationella riktlinjer om i vilken graviditetsvecka det vore bäst att inducera en förlossning innebära att man inte skall låta kvinnokroppen och naturen göra det som den är ämnad för, och att en del av möjligheten till individualiserad vård skulle falla bort? I WHO:s rekommendationer för positiv förlossningsupplevelse *"Intrapartum care for positive childbirth experience"* beskrivs att förlossningen alltid borde vara individualiserad och kvinnocentrerad, att inga interventioner borde utföras utan tydlig medicinsk indikation och att förlossningsvården alltid borde sträva till en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan, den nyfödda och hennes familj (World Health Organization, 2018).

Riktlinjer skulle även sätta mycket ansvar på att kunna fastslå exakt datum för beräknad nedkomst, datumet som beräknas 280 dygn från den senaste menstruationens första dag. Beroende på menstruationens längd kan datumet även justeras för att bättre motsvara

graviditetens verkliga längd (Duodecim terveyskirjasto, 2020). Eventuellt skulle det även kunna påverka de gravida kvinnorna negativt genom att innebära en stress att fastslå att det är onormalt om graviditeten drar ut på tiden och att de inte litar på att kroppen vet om när det är dags för förlossningen att komma i gång. De förväntade fördelarna av en induktion borde alltid uppväga potentiella nackdelar. Nackdelar kan även tänkas vara andra nackdelar än enbart medicinska, exempelvis psykiska om det påverkar kvinnan negativt under och efter förlossningen.

Förebyggande åtgärder är utav största vikt även i fråga om ökande mängd induktioner. Genom förebyggande åtgärder kunde det tänkas att färre kvinnor skulle behöva induceras. Till exempel graviditetsdiabetes anses vara en indikation till induktion. Det innebär att om man kan förebygga att kvinnorna drabbas av diverse åkommor som anses indikera en induktion av förlossning skulle kanske även induktioner till viss del kunna förebyggas.

8.2 Resultat i förhållande till "Birth territory theory"

Kathleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur och Carolyn Hasties teori "Birth territory theory" (Bryar & Sinclair, 2011) fungerar som teoretisk referensram för föreliggande studie. Fahy et al. (2011) beskriver begreppet forcerad födelse som en händelse där man använder makt för att framställa en viss typ av förlossning. Alla former av induktion kan således anses vara en form av forcerad födelse (eng. forced birth) eftersom man på konstgjord väg vill få en förlossning att starta och längden på graviditeten vill påverkas. Oberoende om det är medicinskt indikerat att inducera en förlossning eller om en förlossning induceras på exempelvis humanitära grunder ingriper en sådan intervention alltid på den fysiologiska och naturliga förlossningen. När en induktion skall genomföras kan det tänkas vara av största vikt att den gravida kvinnan och läkaren som slutligen tar beslutet om induktion är på samma våglängd, det vill säga att kvinnan känner att hon haft möjlighet att påverka beslutet om induktion och att beslutet gynnar hennes känsla av trygghet och integrativa kraft. Kvinnan kan ändå tänkas behöva mycket stöd för att lyckas uppnå ett djupare plan i förlossningen och känna tillit för sin kropp, sitt sinne och trygghet inom förlossningsrummet.

Det ligger en risk till disintegrerande maktanvändning i många skeden av en induktion i fråga om när, hur och varför åtgärder och interventioner utförs. Exempelvis kan det vara

kvinnan själv som önskar en induktion på så att säga fel grunder och således utför disintegrerande maktanvändning mot sig själv och sin förlossning. Detta är ogynnsamt för förlossningens gång, både om hon får sin vilja igenom eller inte eftersom båda händelserna skulle leda till negativa känslor eller disintegrerandemaktanvändning som möjligtvis begränsar henne. Disintegrerande maktanvändning påverkar alltid förlossningen negativt och kan hindra föderskan från att känna trygghet och inre styrka (Bryar & Sinclair, 2011). Disintegrerande maktanvändning kan även användas av andra personer inom kvinnans förlossningsterritorium, exempelvis läkaren som tar det slutliga beslutet om induktion.

Kvinnorna behöver relevant information om för- och nackdelar med induktion för att kunna ta ett beslut som gynnar hennes och fostrets välbefinnande på både kort och lång sikt, ibland är en induktion nödvändig och det bästa alternativet. I så fall är det ytterst viktigt att kvinnan kan slappna av och låta förlossningen komma i gång på konstgjord väg, eftersom det innebär det bästa för henne eller fostret. Ibland kan kvinnan behöva stöd och uppmuntran för att lita på sin kropp och sin kapacitet. Teorin "Birth territory theory" beskriver barnmorskans roll som att hjälpa den födande kvinnan med just detta, både under graviditeten och under den aktiva förlossningen.

Eftersom induktioner blir allt vanligare i alla de i studien inkluderade nordiska länderna innebär det att barnmorskan behöver anpassa sitt arbetssätt för att i så lång utsträckning som möjligt hjälpa och stödja kvinnorna att ändå kunna uppleva en genuin födelse (eng. genius birth). Exempelvis har mängden överburna graviditeter, det vill säga graviditeter som pågått över 42 veckor i Finland varit ungefär lika under de senaste 20 åren medan mängden induktioner har ökat betydligt under denna tid. Att störa en fysiologiskt normal förlossning kan få kort- och långsiktiga konsekvenser för både kvinna och barn. WHO har uttryckt oro för en ökande medikalisering av förlossningen, vilket kan påverka den långsiktiga foster- och mödrahälsan. Även om induktionerna ökat och blivit vanligare på relativt kort tid, kan varje intervention innebära en risk, vilket innebär att det är mycket viktigt att interventionerna görs endast då de är nödvändiga och på rätt grunder. Medikalisering av förlossningen kan påverka kvinnans autonomi och ha en negativ inverkan på hennes förlossningsupplevelse. (Rydahl et al., 2020).

Inom ett tryggt förlossningsrum kan kvinnan känna att hon har ledningen och har möjlighet att gynnsamt påverka händelser under förlossningen. Det är även mer troligt att hon

efteråt upplever att hon är nöjd med sig själv och sina prestationer. För att en induktion skall lyckas kan det tänkas att det krävs än mer trygghet runt kvinnan för att hon skall få all den kraft som behövs för upplevelsen av en genuin födelse (eng. genius birth). Här bär barnmorskan ett stort ansvar och det kan tänkas att barnmorskan kan ha mycket nytta av att agera i enlighet med "Birth territory theory" som beskyddare av förlossningen (eng. midwifery guardianship). Barnmorskan fungerar som beskyddare av den födande kvinnan och hennes förlossningsrum för att kvinnan skall få föda ostört på sina egna villkor. När barnmorskan kan agera så att hen möjliggör och upprätthåller ett idealiskt förlossningsrum och ger maximalt stöd till kvinnan resulterar detta i en ökad sannolikhet att kvinnan kommer att uppleva en genuin födelse (Bryar & Sinclair, 2011). Det kan även tänkas att det behövs färre fortsatta interventioner under förlossningens gång ju tryggare kvinnan känner sig, oberoende om förlossningen startat spontant eller blivit inducerad (Hodnett et al., 2012).

9 Avslutning

Frågeställningarna som är valda för examensarbetet är besvarade och således har syftet uppnåtts. Resultatet redogörför hur ländernas indikationer och praxis för induktion ser ut. Slutsatserna som kan dras är att ländernas indikationer och praxis för i induktion i grunden är liknande och att en induktion alltid bör ha en medicinsk indikation. Det framkommer att det finns skillnader i mängd induktioner som utförs både mellan länderna och mellan förlossningsenheterna inom länderna. Detta kan bero på att enhetliga nationella riktlinjer för induktionspraxis inte finns och att det därmed kan finnas skillnader i till exempel bedömning eller definition av vad som anses vara en medicinsk indikation. Förlossningsvården utvecklas fortlöpande ju mer information som framkommer i och med ny forskning. Trots ökad kunskap behöver man även aktivt arbeta för att bibehålla det naturliga i en förlossning. Här har barnmorskorna en betydande roll.

En sak som vore intressant att ta reda på mera om är ifall indikation till induktion alltid dokumenteras i patientjournalen, på vilka grunder det i patientjournalerna dokumenteras att en induktion är gjord samt att jämföra praxis sjukhus eller länder emellan, eftersom det verkar vara skillnader i rutiner samt till exempel i tolkning av indikationer när induktion är aktuellt. Det kan möjligen finnas skillnader i till exempel hur en humanitär eller psykosocial indikation definieras.

Källförteckning

Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H., (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03106-4>

doi:10.1186/s12884-020-03106-4 [Hämtad: 15.3.2022]

Arksey, H., & O'Malley, L., (2005). *International Journal of Social Research Methodology*.

Scoping studies: towards a methodological framework, 19–32.

Barman, B., Henriksson, T., (2016). *Luonnollinen ja synteettinen oksitosiini – Vaikutukset synnytykseen, sikiöön ja lapsivuodeaikaan*

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016112317056> [Hämtad: 5.5.2021]

Bell, J. (2014). *Introduktion till forskningsmetodik*.

Bryar, R., & Sinclair, M. (2011). *Theory for midwifery practice*.

Duodecim terveyskirjasto. (2020). *Raskaudenkesto ja laskettu aika*

<https://www.terveyskirjasto.fi/odk00008> [Hämtad: 20.3.2022]

Eskola, H., (2016). *Synnytyksen käynnistäminen - potilasohje synnyttäjälle*

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201604134298> [Hämtad: 21.9.2021]

Finlands sjuksköterskeförbund. (2021). *Etiska riktlinjer för sjukskötare*.

https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/08/Tulostus_A4_EO_SH-2021_SWE.pdf [Hämtad: 11.3.2022]

Fjellvang, H., Richter, L., & Úlfsdóttir, H. (2019). *Föda barn - Barnmorskornas guide till din förlossning*

Folkhelseinstituttet. (2021). *Medisinsk fødselsregister – statistikkbank.*

http://statistikkbank.fhi.no/mfr/index.jsp?headers=fodselstidspunkt_aar&headers=virtual&stubs=mors_bosted_fylke&measure=common&virtuallslice=afodsel_valu e&mors_bosted_fylkeslice=0000&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj %2FStudy%2Ff8.i2a.fodselsstart.in [Hämtad: 15.10.2021]

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2021). *God vetenskaplig praxis.*

<https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp> [Hämtad: 23.5.2021]

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2021). *Etikprovning.*

<https://tenk.fi/sv/etikprovning> [Hämtad 23.5.2021]

Forskingsetiska delegationen (TENK). (2009). *Etiska principer förhumanistisk,*

samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprovning. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> [Hämtad: 23.5.2021]

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.*

Haavisto, H., Polo-Kantola, P., Anttila, E., Kolari, T., Ojala, E., & Rinna, K. (2021).

Experiences of induction of labor with a catheter - A prospective randomized controlled trial comparing the outpatient and inpatient setting. doi:10.1111/aogs.14037 [Hämtad: 25.10.2021]

Helsedirektoratet. (2020). *Dette gjør Helsedirektoratet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet> [Hämtad: 10.1.2022]

Helse norge. (2021). *Igangsetting av fødsel (induksjon).*

<https://www.helsenorge.no/fodsel/igangsetting-av-fodsel/> [Hämtad: 17.11.2021]

Henricson M., Wallengren C., (2014). *Vetenskaplig teori och metod*

Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2012). *Continuous support for women during childbirth*

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4> [Hämtad: 20.3.2022]

Hvidovre hospital. (u.d.). *Du er gået over terminen.*

<https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/foedeomraadet/Foedslen/Sider/Du-er-gaaet-over-terminen.aspx>
[Hämtad: 23.5.2021]

Hvidovre hospital. (u.d.) *Hvis fødslen skal sættes i gang*

<https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/foedeomraadet/Foedslen/Sider/Hvis-foedslen-skal-saettes-i-gang.aspx>
[Hämtad: 22.3.2022]

Institutet för hälsa och välfärd. (2017). *Vad är THL?*

<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl/vad-ar-thl-> [Hämtad: 11.1.2022]

International confederation of midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives.*

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf> [Hämtad: 9.3.2022]

Järvelin, M., Hartikainen-Sorri, A.-L., & Rantakallio, P. (1993). *Labour induction policy in hospitals of different levels of specialisation*

doi:<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1993.tb12971.x> [Hämtad: 22.5.2021]

Kruit, H., Nuutila, M., & Rahkonen, L. (2016). *Synnytyksen käynnistäminen, kun raskaus on täysiaikainen*

<http://hdl.handle.net/10138/230048> [Hämtad: 21.5.2021]

Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2014). *Etiikka hoitotyössä*

Miller, S., Abados, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., & Comandé, D. (2016).

Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide.

doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6) [Hämtad: 10.3.2022]

NPO Kvinnosjukdomar och förlossning. (2021). *Riktlinje för handläggning i*

graviditetsvecka 41

<https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/vardens-kunskapsstyrningsnamnd/2021/2021-04-14/4-yttrande-over-remiss---riktlinje-for-handlaggning-i-graviditetsvecka-41.pdf> [Hämtad: 29.9.2021]

Oslo universitetssykehus. (2021). *Igangsetting av fødsel på Rikshospitalet*

<https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel?sted=rikshospitalet> [Hämtad: 29.9.2021]

Paananen, U.-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., & Äimälä, A.-M. (2015). *Kätilötyö –*

Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika

Panelius, E., Heikinheimo, O., & Rahkonen, L. (2012). *Synnytyksen käynnistäminen*

ballonkimenetelmällä

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/20/duo10574?keyword=synnytyksen%20ok%C3%A4ynnist%C3%A4minen> [Hämtad: 5.5.2021]

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder; att planera, genomföra*

och rapportera en undersökning

Persson, K., & Rosén, L. (2015). *Kartläggning av svenska förlossningsavdelningars*

riktlinjer för induktion.

https://ki.instructure.com/courses/5280/files/547571/download?download_frd=1 [Hämtad: 30.9.2021]

Pharmaca Fennica. (2021). *ANGUSTA tabletti 25 mikrog.*

https://pharmacafennica.fi/spc/5413301_ [Hämtad: 10.3.2022]

Region H Nordsjællands Hospital. (u.d.) *Igangsættelse af fødsel.*

<https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/graviditet-foedsel-og-barsel/graviditet/graviditetsforloebet/Sider/Igangsættelse-af-foedsel.aspx>
[Hämtad: 30.9.2021]

Region Skåne. (2018). *Riktlinje om indikationer för förlossningsinduktion.*

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/riktlinje-om-indikationer-for-forlossningsinduktion-final-002.pdf>
[Hämtad: 3.11.2021]

Rydahl, E., Juhl, M., Declercq, E., & Damkjær Maimburg, R. (2020). *Disruption of*

physiological labour; – A population register-based study.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100571> [Hämtad: 10.1.2022]

Sandman, L., & Kjellström, S. (2014). *Etikboken: etik för vårdande yrken*

Socialstyrelsen. (2019). *Om nationella riktlinjer*

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-nationella-riktlinjer/> [Hämtad: 29.9.2021]

Socialstyrelsen. (2020). *Allt vanligare med igångsättning av förlossningar.*

<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/allt-vanligare-med-igangsattning-av-forlossningar/> [Hämtad:29.9.2021]

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2019.*

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/> [Hämtad: 18.11.2021]

Socialstyrelsen. (2021). *Förlossningsvård.*

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/pagaende-projekt/forlossningsvard/> [Hämtad: 23.5.2021]

Socialstyrelsen. (2021). *Om socialstyrelsen*

<https://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen> [Hämtad: 11.1.2022]

Socialstyrelsen. (2021). *Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda.*

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mfr_004/resultat.aspx [Hämtad: 29.9.2021]

Socialstyrelsen. (2019). *Om nationella riktlinjer*

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-nationella-riktlinjer/> [Hämtad 29.9.2021]

Socialstyrelsen. (2020). *Allt vanligare med igångsättning av förlossningar.*

<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/allt-vanligare-med-igangsattning-av-forlossningar/> [Hämtad: 29.9.2021]

Strandberg, M., Wallstrom , T., & Wiberg-Itzel, E. (2021). *Women's expectations and*

experiences of labor induction – a questionnaire-based analysis of a randomized controlled trial.

doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03786-6> [Hämtad 14.3.2022]

Sund Oppegaard, K., Dögl, M., Sun, C., Hill, S., Ween-Velken, M., Krarup Sørbye, I.

(2020). *Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel.*

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/induksjonigangsettelse-av-fodselsmodning-av-cervixlivmorhalsen-for-fodsels/> [Hämtad: 21.9.2021]

Sundhedsstyrelsen. (2016). *New in Denmark - Pregnancy and birth. The Danish health*

authority(Sundhedsstyrelsen).

https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/_media/236C21A3D9984A049109FDC5EEA53D6B.ashx [Hämtad: 7.10.2021]

Sundhedsstyrelsen. (u.d.). *Om os.*

<https://www.sst.dk/da/om-os> [Hämtad: 11.1.2022]

Sydvestjysk sygehus. (2021). *Fødsel*.

<https://sydvestjysksygehus.dk/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-fodsels-og-barsel/fodsels> [Hämtad: 19.11.2021]

Tays. (2020). *Synnytyksen käynnistäminen*.

[https://www.tays.fi/fi-fi-raskaus_ ja_synnytyks/Synnytyks/Synnytyksen_kaynnistaminen](https://www.tays.fi/fi-fi/raskaus_ ja_synnytyks/Synnytyks/Synnytyksen_kaynnistaminen) [Hämtad: 23.5.2021]

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). *Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja*

vastasyntyneet - *Ennakkotiedot* 2019
https://thl.fi/documents/10531/2782837/Syntymarekisterin_ennakkotiedot_2019.pdf/abb25d7f-298d-23d1-cbcf-fd9a35ebc5b9?t=1593751461230 [Hämtad: 21.5.2021]

Tiitinen, A. (2021). *Normaali synnytys*

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00160> [Hämtad: 23.5.2021]

Timonen, S. (2015). *Yliaikaisen raskauden hoito Suomessa - milloin raskaus on kestänyt liian kauan?*

<https://www.duodecimlehti.fi/duo12291> [Hämtad: 23.5.2021]

Úlfisdóttir, H., Eriksson, L., & Fjellvang, H. (2009). *Förlossningshandboken*

Wennerholm, U-B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Brismar Wendel,

S., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A-K., Elden, H., Stephansson, O., Hagberg, H. (2019). *Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial*

<https://doi.org/10.1136/bmj.l6131> [Hämtad: 23.5.2021]

Widén, L., & Johansson, M. (2015). *Induktion av förlossning - Indikation och*

förlossningsutfall

https://ki.instructure.com/courses/5280/files/547568/download?download_frd=1

[Hämtad 10.10.2021]

World health organization. (u.d.). *WHO recommendations for induction of labour*

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1

[Hämtad 15.1.2022]

Ylitokola, O., & Tapanainen, J. (2011). *Naistentaudit ja synnytykset*.

Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992. [Hämtat: 11.3.2022]

Bilaga 1. Sökprocessen.

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Tritonia Finna	Induction AND Labour AND Finland	2391 (fulltext)	0
Tritonia Finna	Induction AND Labour AND Sweden	5148 (fulltext)	0
Tritonia Finna	Induction AND Labour AND Norway	3000 (fulltext)	0
Tritonia Finna	Induction AND Labour AND Denmark	3571 (fulltext)	0
Tritonia Finna	Indication AND Induction AND Finland	4226 (fulltext)	0
Tritonia Finna	Indication AND Induction AND Sweden	9872 (fulltext)	0

Tritonia Finna	Indication Induction AND Norway	AND	4958 (fulltext)	0
Tritonia Finna	Indication Induction AND Denmark	AND	8157 (fulltext)	0
SweMed+	Induction Indication AND Finland	AND	0 (peer reviewed)	0
SweMed+	Induction AND Indication AND Sweden		0 (peer reviewed)	0
SweMed+	Induction AND Indication AND Sweden		0 (peer reviewed)	0
SweMed+	Induction AND Indication AND Sweden		0 (peer reviewed)	0
CINAHL with Full Text (EBSCO)	<u>Indication</u> <u>induction of labor</u> <u>Finland</u>	AND	1	0

CINAHL with Full Text	<u>Indication</u>	AND	0	0
(EBSCO)	<u>induction of labor</u>	AND		
	Sweden			
CINAHL with Full Text	<u>Indication</u>	AND	0	0
(EBSCO)	<u>induction of labor</u>	AND		
	Norway			
CINAHL with Full Text	<u>Indication</u>	AND	0	0
(EBSCO)	<u>induction of labor</u>	AND		
	Denmark			
CINAHL with Full Text	Induction of labor	AND	365	0
(EBSCO)	Practice guidelines	AND		
	Finland			
CINAHL with Full Text	Induction of labor	AND	0	0
(EBSCO)	Practice guidelines	AND		
	Sweden			

CINAHL with Full Text (EBSCO)	Induction of labor AND practice guidelines AND Norway	0	0
CINAHL with Full Text (EBSCO)	Induction of labor AND practice guidelines AND Denmark	4	1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	<u>Indications for labor induction AND finland</u>	4	0
CINAHL with Full Text (EBSCO)	Indications for labor induction AND Sweden	2	0
CINAHL with Full Text (EBSCO)	Indications for labor induction AND Norway	2	0
CINAHL with Full Text (EBSCO)	Indications for labor induction AND Denmark	7	0
PubMed	Indications for labor induction AND Sweden	23	0

PubMed	<u>Indications for labor</u>	10	0
	<u>induction AND finland</u>		
PubMed	Indications for labor	14	0
	induction AND Norway		
PubMed	Indications for labor	12	0
	induction AND Denmark		

Bilaga 2. Materialöversikt.

<i>Land</i>	<i>Hemsida/Författare/Rubrik/År</i>	<i>Citat</i>
Finland	thl.fi Institutet för hälsa och välfärd (THL) <i>Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet - Ennakkotiedot 2019</i> 2020	” Käynnistys / Igångsättning / Induced labour 2019 31,5%”
Finland	duodecimlehti.fi Timonen, S. <i>Yliaikaisen raskauden hoito Suomessa – milloin raskaus on kestänyt liian kauan?</i> 2015	” <i>Raskauden</i> normaali kesto on 40 viikkoa (280 päivää), joka lasketaan viimeisten kuukautisten ensimmäisestä vuotopäivästä. Laskettu aika ylittyy raskauden kestettyä yli 40 viikkoa, mutta raskaus määritellään yliaikaiseksi vasta sen kestettyä yli 42 viikkoa (294 päivää).” ”Yliaikaisuuden riskitekijöitä ovat ensisynnyttäjäyys, ylipaino, yli 30 vuoden ikä, matala koulutustaso ja heikko sosioekonominen tilanne, aiempi yliaikaisuus, poikasikiö sekä valkoihoisuus”

”Osa yliaikaisuuden esiintyvyyden eroista yliopistosairaaloiden välillä saattaa selittyä synnyttäjien ikärakenteella sekä ylipainoisten ja ensisynnyttäjien osuuden vaihtelulla. Todennäköisesti suurempi merkitys on kuitenkin käynnistyskäytäntöjen eroilla.”

” Riskien vähentämiseksi olisi suotavaa synnyttää viimeistään 41. raskausviikolla” ”Tällä hetkellä Suomen yliopistosairaaloissa ensimmäinen kontrollikäynti normaaliraskauksissa on tavallisesti raskausviikolla 41 + 5. Synnytystä aletaan yleensä käynnistää tuolloin tai viimeistään 42 raskausviikon täytyttyä”

”Suomessa syntyy vuosittain noin 13 500 lasta vähintään viikon lasketun ajan jälkeen, synnytyksen rutiinimainen käynnistäminen heti 41 viikon täytyttyä merkitsisi huomattavaa käynnistettyjen synnytysten osuuden lisääntymistä ja samalla kustannuksia sekä työpanosta sairaaloille. Tutkimustiedon valossa käynnistäminen näyttäisi kuitenkin kannattavalta, sillä tuolloin käynnistetyillä synnytys päättyy sektioon harvemmin kuin niillä, joita on jääty seuraamaan. Myös vihreää lapsivettä, sikiön sykemuutoksia ja matalia Apgar-pisteitä esiintyy käynnistetyillä vähemmän”

”Vaikka käynnistämisestä aiheutuu kustannuksia, laatu painotteisina elinvuosina (QALY) mitattuna käynnistäminen näyttäisi kannattavalta” ”Käynnistymisen onnistumisen arvioimisessa kohdun suun kypsyydellä on suuri merkitys ennen laskettua aikaa” ”mutta ei lasketun ajan jälkeen”

”Lasketun ajan ylittymisen jälkeen istukka alkaa rappeutua ja sen kyky kuljettaa happea ja ravintoaineita heikkenee, jolloin sikiön vointi saattaa vaarantua. Makrosomiaa esiintyy yliaikaisilla enemmän ja äidin komplikaatioriskin nousu selittyy suurelta osin sikiön suuremmalla koolla: synnytyskomplikaatioita, kuten epäsuhtaa, repeämiä, hartiadystokiaa, synnytyksen jälkeisiä verenvuotoja ja lapsivuodeajan tulehduksia esiintyy yliaikaisilla merkitsevästi

	<p>enemmän” ”Synnytys joudutaan päättämään alatietoimenpiteellä tai sektiolla huomattavasti useammin lasketun ajan ylittymisen jälkeen. Istukan toiminnan heikkenemisen vuoksi sikiön hapenpuutteen riski ennen synnytystä, synnytyksen aikana ja sen jälkeen on kaksinkertainen yliaikaisilla verrattuna laskettuun aikaan syntyneisiin. Myös kohdun sisäisten ja vastasyntyneisyyskauden kuolemien riski nousee merkitsevästi”</p> <p>”Myöhemmässä elämässä myös metabolisten ja kardiovaskulaaristen sairauksien riski näyttäisi olevan yliaikaisilla suurempi kuin laskettuun aikaan mennessä syntyneillä”</p> <p>”Yliaikaisuuden esiintyvyyteen vaikuttavat, paitsi geneettiset syyt ja riskitekijöiden erot eri väestöryhmissä, myös käynnistettyjen synnytysten osuus. Tämän vuoksi yliaikaisuuden esiintyvyys vaihtelee suuresti maiden ja sairaaloiden välillä. Vuonna 2013 Suomessa 2 530 lasta syntyi 42 raskausviikon täytyttyä (4,3 % kaikista vastasyntyneistä) ja esiintyvyys on pysynyt melko vakiona viimeisten 20 vuoden ajan (4,1-5,3 %). Erot yliopistosairaaloiden välillä ovat huomattavia: vuonna 2013 Oulussa 1,4 % synnytyksistä oli yliaikaisia, kun taas HYKS:ssä yliaikaisuuden esiintyvyys oli 6,3 %. Muiden yliopistosairaaloiden luvut asettuivat tälle välille (Tyks 5,1 %, Tays 3,9 % ja KYS 3,3 %).”</p> <p>”Riskien vähentämiseksi olisi suotavaa synnyttää viimeistään 41. raskausviikolla”</p> <p>”Tällä hetkellä Suomen yliopistosairaaloissa ensimmäinen kontrollikäynti normaaliraskauksissa on tavallisesti raskausviikolla 41 + 5. Synnytystä aletaan yleensä käynnistää tuolloin tai viimeistään 42 raskausviikon täytyttyä”</p>
Finland	<p>helda.helsinki.fi</p> <p>” Synnytyksistä 20–30 % alkaa käynnistyksellä, ja käynnistysten osuus on jatkuvasti kasvanut”</p>

<p>Kruit, H., Nuutila, M., & Rahkonen, L.</p> <p><i>Synnytyksen käynnistäminen, kun raskaus on täysiaikainen</i></p> <p>2016</p>	<p>"Synnytys käynnistetään lääketieteellisestä syystä, kun raskauden jatkamisen riskit ovat suuremmat kuin käynnistykseen liittyvät riskit"</p> <p>"Käynnistykseen liittyy lisääntynyt pitkittyneen synnytyksen ja päivystyskeisarileikkauksen riski"</p> <p>"Kohdunkaula kypsytetään lääkkeellisesti misoprostolilla tai mekaanisesti laajentamalla balonkimenetelmällä vaiheeseen, jossa lapsivesikalvojen puhkaisu on mahdollinen. Tarvittaessa käytetään oksitosiinia supistusten aloittamiseksi tai voimistamiseksi"</p> <p>"Lääkkeellisen ja mekaanisen käynnistysmenetelmän välillä ei ole todettu eroja tehossa, keisarileikkausten määrissä, infektioissa tai vastasyntyneen voinnissa."</p> <p>"Synnytys käynnistetään äidistä tai lapsesta johtuvista syistä, kun riskit raskauden jatkamiseen ovat suuremmat kuin ne, jotka liittyvät synnytyksen käynnistämiseen"</p> <p>"Synnytyksen käynnistyksellä pyritään alatiesynnytykseen kypsyttämällä kohdunkaulaa ja stimuloimalla supistustoimintaa. Synnytyksen käynnistys on yleisin obstetrinen toimenpide Suomessa. Länsimaissa noin 20–30 % synnytyksistä alkaa käynnistyksellä, ja käynnistysten osuus on jatkuvasti kasvanut"</p> <p>"Käynnistysten määrän lisääntyminen johtunee osittain synnyttäjien iän ja sairastavuuden lisääntymisestä, sekä osittain raskauden seurantamenetelmien ja hoitokäytäntöjen kehittymisestä. Käynnistettyjen synnytysten osuus Suomessa on lisääntynyt tasaisesti 20 viime vuoden aikana 13,9 %:sta 22,7 %:iin"</p>
--	---

”Käynnistysten määrä vaihtelee sairaaloittain (yliopistosairaalat 16–25,8 % ja keskussairaalat 12,1–42,8 %)”

”Vuonna 2014 HYKS:ssa oli 13 377 synnytystä (14 295 suunnitellut keisarileikkaukset mukaan lukien), joista käynnistettyjä oli 21,9 %”

” Yliaikainen raskaus ja lapsiveden meno ilman spontaanien supistusten alkamista ovat yleisimmät käynnistykseen syyt muodostaen noin 50–60 % käynnistyksistä. Synnytyksen käynnistystä muista kuin lääketieteellisistä syistä ei suositella ennen 40. raskausviikkoa” ”Joskus synnytyksen käynnistykseen syy voi olla myös psykososiaalinen tai logistinen, kuten pitkä matka synnytysairaalaan, pakottava perhetilanne, äidin synnytyspelko tai uupumus. Käynnistykseen vasta-aiheet ovat pitkälti samoja kuin alatiesynnytyksen esteet yleensä”

”Synnytyksen käynnistykseen edellytykset on kuitenkin arvioitava yksilöllisesti ottaen huomioon äidin ja sikiön vointi, raskauden kesto, riskitekijät ja kohdunkaulan kypsyys. Käynnistysindikaatio tulee määritellä selvästi ja kirjata sairauskertomukseen. Ennen käynnistyspäätöstä synnyttäjää tulisi informoida käynnistysindikaatiosta, vaihtoehdoista, käynnistysmenetelmistä ja riskeistä”

”Lääketieteelliset syyt Yliaikainen raskaus Lapsiveden meno täysiaikaisessa raskaudessa ilman supistuksia (24 tunnin kuluessa) Pre-eklampsia Raskaudenaikainen verenpainetauti Sikiön kasvunhidastuma Äidin vakava perussairaus Veriryhmäimmunisaatio Sikiön kohdunsisäinen kuolema Sikiökalvojen ja lapsiveden tulehdus Lapsiveden vähäisyys (oligohydramnion) Epäily sikiön voinnin huononemisesta Raskaushepatoosi Huomattava, mutta vakaa synnytystä

edeltävä verenvuoto Kaksosraskaus $\geq 38-40$ raskausviikkoa Diabetes Psykososiaaliset syyt Äidin synnytyspelko, äidin uupumus, pakottavat perhetilanteet Logistiset syyt Pitkä matka synnytysairaalaan, aiempi nopea synnytys”

”Ehdoton vasta-aihe Täydellinen etinen istukka tai vahva epäily vasa praeviasta Poikkitila Aiempi transfundaalinen kohtukirurgia tai myomektomia, jossa kohtuontelo on avautunut Taustalla useampi kuin yksi keisarileikkaus Taustalla kohdunrepeämä tai fenestraatio Napanuoraprolapsi Aktiivinen genitaalierpes Suhteellinen vasta-aihe Perätila Aiempi pysähtynyt synnytys ja sikiön makrosomia”

”Lasketun ajan ylittymisen jälkeen istukan toiminta alkaa heikentyä, jolloin sikiön hapenpuutteen, kohdunsisäisen ahdingon ja perinataalikuoleman riskit lisääntyvät. Synnytyskomplikaatioita sekä lapsen mekoniumaspiraatiota ja makrosomiaa esiintyy myös enemmän”

”Kohtukuoleman riski jopa kymmenkertaistuu lasketun ajan jälkeen, jos sikiöllä on kasvunhidastuma tai lapsiveden määrä on vähentynyt istukan toiminnan heikentymiseen viitaten. Tällaisissa raskauksissa käynnistys olisi suositeltavaa aloittaa laskettuun aikaan mennessä”

”Tanskalaisessa tutkimuksessa todettiin, että kohtukuolemien määrä väheni, kun synnytyksen käynnistys aikaistettiin 41. raskausviikolle. Näillä äideillä oli riskitekijöinä yli 40 vuoden ikä tai ylipaino. Käynnistys aikaistettiin 40. raskausviikolle, mikäli äideillä esiintyi muita raskauskomplikaatioita”

”Tuoreessa katsausartikkelissa todettiin keisarileikkausten, kohtukuolemien ja vastasyntyneiden tehohoitojaksojen vähenevän, mikäli synnytys käynnistetään 40. raskausviikon jälkeen sen sijaan, että odotetaan synnytyksen spontaania käynnistymistä”

”Suomessa normaalin raskauden ensimmäinen yliaikaisuuskontrolli on äitiyspoliklinikalla raskausviikolla 41+5, ja käynnistys aloitetaan yleensä vasta raskausviikkojen 41+5–42+1 välillä” ”Synnytyksen rutiinimainen käynnistäminen raskausviikolla 41 lisäisi käynnistettyjen synnytysten määrää ja terveydenhuollon kustannuksia. Toisaalta käynnistymisen aikaistaminen – jos synnyttäjällä on edellä mainittuja riskitekijöitä – saattaisi vähentää keisarileikkauksia sekä vastasyntyneiden hoidon tarvetta, ja näin jopa vähentää kokonaiskustannuksia”

”Miten käynnistetään? Kohdunkaulan kypsytyksen arvioinnissa käytetään Bishopin pisteytystä kohdunkaulan aukiolosta, pituudesta, kiinteydestä, sijainnista ja tarjoutuvan osan korkeudesta”

”Pisteytyksessä vähintään 6 pistettä kuvaa kypsää kohdunkaulaa, jolloin synnytys voidaan suoraan käynnistää sikiökalvojen puhkaisulla. Kun kohdunkaula on epäkypsä (Bishopin pisteet alle 6), käynnistys aloitetaan kohdunkaulan lääkkeellisellä tai mekaanisella kypsytyksellä tilanteeseen, jossa kalvojen puhkaisu on mahdollinen. Kalvojen puhkaisun jälkeen käytetään tarvittaessa oksitosiinia supistusten aloittamiseksi tai synnytyksen vauhdittamiseksi. Lääkkeellinen kohdunkaulan kypsytyks misoprostolilla Prostaglandiini stimuloi kohdun supistelua ja kypsyttaa kohdunkaulaa. Suomessa käytössä on PGE1 -analogi misoprostoli, (Cytotec 100 µg:n ja 200 µg:n tabletit), ja annokseksi on vakiintunut 25–50 µg 4–6 tunnin välein. Misoprostoli voidaan annostella oralisesti tai vaginaalisesti, ja

annostelureitti vaikuttaa sen farmakokinetiikkaan. Annostelureitti ei vaikuta keisarileikkausten määrään tai alatiesynnytyksen kokonaisaikaan käynnistyksen alusta lukien”

”Vaginaaliseen annosteluun on todettu kuitenkin liittyvän enemmän hyperstimulaatiota (tiheät asynkroniset ja monihuippuiset supistukset), synnytyksenjälkeistä verenvuotoa ja vastasyntyneen matalia Apgar-pisteitä 5 minuutin iässä”

”Uusin Cochrane-katsaus vuodelta 2014 suosittelee harkitsemaan oraalista annostelua pienillä (alle 50 µg) annoksilla”

”Toisaalta vaginaalisesti annosteltuna misoprostoli johtaa useammin alatiesynnytykseen 24 tunnin kuluessa käynnistyksen aloituksesta”

”Vuodesta 2014 on ollut saatavilla myös uusi nauha-/tamponimuotoinen misoprostolin depot-valmiste (Misodel). Nauha vapauttaa misoprostolia tasaisesti 7 µg tunnissa, enintään 24 tunnin ajan. Depotvalmiste soveltuu käynnistysmenetelmäksi, kun raskausviikkoja on vähintään 36, esimerkiksi mikäli kohdunkaula on hyvin epäkypsä. Sen riskinä on hyperstimulaatio. Omien havaintojemme mukaan kohdunkaulan ollessa jo kypsä, nauhamisoprostoli voi aiheuttaa herkästi hyvin nopean synnytyksen. Julkaistua tietoa nauhamisoprostolista ei vielä ole. Sen ehdottomana vasta-aiheena on kohdun aiempi keisarileikkausarpi (valmistajan ohje). Mekaaninen kohdunkaulan kypsytyksen balonkimenetelmällä Mekaanisessa kohdunkaulan kypsytyksessä, ns. balonkimenetelmässä, kohdunkaulan kanavasta viedään lapsivesikalvojen ja kohdunseinämän väliin katetri, jonka päässä oleva balonki täytetään keittosuolaliuoksella (40–80 ml). Balonki asettuu sikiön tarjoutuvan osan ja kohdunkaulan väliin kypsyttämään kohdunkaulaa. Vaikutusta

	<p>voidaan tehostaa katetrin kiristyksellä: se voidaan teipata potilaan reiteen tai asettaa katetrin päähän paino. Balongin vaikutus perustuu kohdunkaulan ja kohdun alasegmentin mekaaniseen venytykseen sekä endogeenisten prostaglandiinien erittymiseen”</p> <p>”Spontaanit supistukset alkavat noin kolmasosalla synnyttäjistä jo balonkikypsytyksen aikana (julkaisematon aineisto). Yli 90 %:lla naisista balonki poistuu spontaanisti, kun kohdunsuu on on avautunut 3–4 cm”, ”ja käynnistystä voidaan jatkaa kalvojen puhkaisulla. Balongin paikallaanoloajasta on tehty lukuisia tutkimuksia, joissa kestot vaihtelevat 6–48 tunnin välillä. Suomessa otettiin käyttöön 24 tunnin paikallaanoloaika, kun balonkikypsytyks yleistyi vuonna 2010. Tilanteessa, jossa lapsivesi on mennyt, paikallaanoloaikana on ollut korkeintaan 8 tuntia antibioottiprofylaksia käyttäen” ”Käytettävissä on myös kaksoisbalonkeja (Cook), joissa on edellä kuvatun lisäksi myös toinen, vaginan yläosaan jäävä balonki. Molemmat balongit täytetään keittosuolaliuoksella (80 + 80 ml), niin että kohdunkaulan kanava jää balonkien väliin. Kahden nestepallon ajatellaan mekaanisen paineen ja liikkeen avulla ”hieromalla” kypsyttävän kohdunkaulaa potilaan liikkeessä samalla kun kohdunsuu laajenee.”</p>
<p>Finland</p> <p>tays.fi</p> <p>Tampereen yliopistollinen sairaala</p> <p><i>Synnytyksen käynnistäminen</i></p> <p>2020</p>	<p>”Mikäli kohdunsuu ei ole vielä kypsytynyt, aloitetaan kohdunsuun kypsyttäminen joko lääkkeettömällä tai lääkkeellisillä menetelmillä. Jos kohdunsuu on jo käynnistyneen alkaessa riittävän kypsä, voidaan synnytys käynnistää joko sikiökalvojen puhkaisulla tai suonensisäisellä oksitosiinilääkityksellä.”</p> <p>”Yleisin lääkkeetön käynnistysmenetelmä on ballonki.”</p>

	<p>Mikäli synnytyksesi käynnistys päätetään aloittaa lääkkeen avulla, tapahtuu kohdunsuun kypsytyks useimmiten suun kautta annettavalla misoprostolilääkkeellä. Joskus lääke annostellaan myös emättimen kautta.”</p> <p>”Käynnistuksen aikana olet osastoseurannassa”</p> <p>”misoprostolilääkettä kahden tunnin välein, kunnes säännölliset supistukset käynnistyvät. Lääkeannosta lisätään vähitellen seuraten kohdun supistustilannetta ja sikiön hyvinvointia. Sikiöstä otetaan säännöllisin välein sykekäyrää.”</p>
<p>Sverige</p> <p>regionstockholm.se</p> <p>NPO Kvinnosjukdomar och förlossning</p> <p><i>Riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41</i></p> <p>2021</p>	<p>”Under 2020 har handläggning av graviditeter vid 41 veckor varierat i Sverige. Uppgifter inhämtade från olika regioner under våren till hösten 2020, visade på fyra huvudstrategier som innebär följande: 1. Samtliga gravida erbjuds induktion i början av graviditetsvecka 41. 2. Ett urval av gravida erbjuds induktion utifrån bakgrundsfaktorer. 3. Gravida erbjuds induktion efter klinisk bedömning och/eller ultraljud. 4. Gravida erbjuds induktion vid 42 veckor utan rutinmässig kontroll dessförinnan. Det finns också variationer inom regionerna.”</p> <p>”Det föreslagna nationella riktlinjerna för handläggning i graviditetsvecka 41 förväntas ha positiva effekter för jämlik vård genom att utgöra ett kunskapsbaserat och likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.”</p> <p>” De föreslagna nationella riktlinjerna för handläggning i graviditetsvecka 41 innebär ett förändrat arbetssätt för Region Stockholm. Samtliga kvinnor ska erbjudas igångsättning i vecka 41 eller undersökning och bedömning med individuell planering. Kvinnan ska också vara förlöst eller i värkarbete innan vecka 42 jämfört med induktion v42. Då induktioner ger förlängd vårdtid per födande kvinna kräver en förändrad handläggning i vecka 41 mer resurser samt personal. Det finns risk för undanträngningseffekter där födande kvinnor riskerar att få lägre närvaro på rummet av</p>

	<p>personal om det är ett ökat antal kvinnor som genomgår induktion på förlossningsavdelningar. Det finns risk vid resursbrist att en prioritering mellan patienter med olika skäl för induktion behöver ske. Riktlinjerna ger en rekommendation för hur prioritering mellan patienter ska göras i sådant läge med en grupp med högst prioritering respektive hög prioritering.”</p> <p>”Detta är särskilt viktigt mot bakgrund av den danska erfarenheten efter förändrad handläggning nationellt i graviditetsvecka 41 med tidigarelagd induktion där den publicerade sammanfattningen efter fem års erfarenhet med ökat antal induktioner inte visat någon förändring i neonatalt utfall, däremot fall av uterusruptur”</p>
<p>Sverige</p> <p>thebmj</p> <p>Wennerholm, U-B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Brismar Wendel, S., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A-K., Elden, H., Stephansson, O., Hagberg, H.</p> <p><i>Induction of labour at 41 weeks versus expectant management</i></p>	<p>”No stillbirths or neonatal deaths (0-27 days) occurred in the induction group (mortality rate 0.0%), whereas there were five stillbirths and one neonatal death (mortality rate 0.4%) in the expectant management group (P=0.03) between 41 weeks+2 days and 41 weeks+6 days”</p> <p>”In this large randomised trial, comparing induction of labour at 41 weeks with expectant management and induction at 42 weeks, we found no significant difference in the primary composite adverse perinatal outcome—2.4% in the induction group and 2.2% in the expectant management group (relative risk 1.06, 95% confidence interval 0.65 to 1.73, P=0.90). Perinatal mortality was, however, significantly lower in the induction group (no deaths) than expectant management group (five intrauterine deaths, one neonatal death; P=0.03). Furthermore, the induction group had lower admittance to a neonatal intensive care unit, fewer infants with neonatal jaundice requiring therapy, and fewer macrosomic infants. We found no significant difference in caesarean delivery rates between groups.”</p>

	<p><i>and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIs): multicentre, open label, randomised, superiority trial</i></p> <p>2019</p>	<p>"Our study found that induction of labour at 41 weeks compared with expectant management and induction at 42 weeks does not alter the composite perinatal outcome, the primary outcome of this study. However, a reduction of the secondary outcome perinatal mortality is observed without increasing adverse maternal outcome. The number needed to treat with induction of labour at 41 weeks to prevent one perinatal death was 230, which is lower than previous estimates.92223 Although these results should be interpreted cautiously, based on previous reports and the results of the present trial we suggest that labour induction should be offered to women at 41 weeks+0 days12 or earlier1137 and could be one (of few) interventions that reduces the rate of stillbirths."</p>
Sverige	<p>socialstyrelsen.se</p> <p>Socialstyrelsen</p> <p><i>Om nationella riktlinjer</i></p> <p>2019</p>	<p>"Nationella riktlinjer är ett stöd för dem som fattar beslut om hur resurserna ska fördelas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målet med riktlinjerna är att bidra till att patienter och klienter får en god vård och socialtjänst."</p> <p>"Nationella riktlinjer är rekommendationer som bygger på kunskapsläget vid den tidpunkt då riktlinjerna har tagits fram. De utgör vägledning för vårdgivare och är inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall. Det är alltid behandlande omsorgs- eller hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvaret för att i det enskilda fallet – baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet – göra en bedömning av den individuella patientens behov så att denne får adekvat behandling."</p>
Sverige	<p>sdb.socialstyrelsen.se</p> <p>Socialstyrelsen</p>	<p>" Förlossningsstatistik, Procent, Inducerad start, Riket, Ålder: Alla åldrar, Totalt År 1993 7,8%, år 2000 10,3%, år 2020 25,5%"</p>

<p><i>Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda</i></p> <p>2021</p>	
<p>Sverige</p> <p>socialstyrelsen.se</p> <p>Socialstyrelsen</p> <p><i>Allt vanligare med igångsättning av förlossningar</i></p> <p>2020</p>	<p>”Allt fler förlossningar sätts igång på konstgjord väg och under 2019 startade drygt var femte förlossning i landet så. Samtidigt varierar andelen igångsättningar mellan regionerna – från 13,5 till 25,6 procent. Det visar Socialstyrelsens nya statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.</p> <p>– Andelen förlossningar där värdet har satts igång har ökat stadigt över tid, och var under 2019 uppe i 20,7 procent. Det innebär en fördubbling de senaste 20 åren, säger Alice Wallin, statistiker på Socialstyrelsen. Skälen till att förlossningen behöver sättas igång kan vara att fostret inte växer som det ska, att kvinnan väntar fler än ett barn, att graviditeten har gått över tiden eller att kvinnan drabbats av en oklar blödning eller en underliggande sjukdom.</p> <p>– En förklaring till ökningen kan vara att professionen har utvecklat rekommendationer de senaste åren om att kvinnor med diabetes, högt blodtryck och havandeskapsförgiftning inte ska gå för lång tid i sina graviditeter, säger Anna Sandström, föredragande läkare på Socialstyrelsen och specialist i obstetrik vid Karolinska Universitetssjukhuset. Den nya statistiken visar också att andelen förlossningar som sattes igång 2019 skiljer mellan regionerna. Lägst andel hade Blekinge, med 13,5 procent, och högst hade Dalarna, med 25,6 procent. Störst var skillnaderna i graviditetsvecka 41. Jämförelsen omfattar enkelbördsförlossningar från och med vecka 37. – Ny information har startat en diskussion om</p>

		i vilken vecka det är bäst att sätta igång förlossningen, i de fall graviditeten går över graviditetsvecka 41. Vissa regioner har det senaste året börjat erbjuda igångsättning i vecka 41 i stället för vecka 42. Både regionernas system för kunskapsstyrning och Socialstyrelsen arbetar med stöd för att åstadkomma en mer jämlik förlossningsvård”
Sverige	<p>docplayer.se</p> <p>Widén, L., & Johansson, M.</p> <p><i>Induktion av förlossning - Indikation och förlossningsutfall</i></p> <p>2015</p>	<p>”Den vanligaste indikationen för induktion var överburenhet, en femtedel av kvinnorna inducerades på grund av detta. Långvarig vattenavgång utan värkar var den näst vanligaste orsaken till induktion (19,6%). Preeklampsi och oligohydraminos var också indikationer som förekom relativt ofta, 9,8 procent respektive 9,310 procent. På grund av det stora antalet olika indikationer till induktion av förlossningarna kategoriserades dessa i grupper. De humanitära indikationerna sågs i 7,9 procent av induktionerna”</p> <p>”Indikation för induktion</p> <p>Överburenhet</p> <p>Preeklampsi</p> <p>Hypertoni</p> <p>Suspekt tillväxthämning</p> <p>Diabetes</p> <p>Långvarig vattenavgång utan värkar</p> <p>Oligohydraminos</p> <p>Instabilt fosterläge</p>

	<p>Stort barn</p> <p>Annan maternell indikation</p> <p>Annan fetal indikation</p> <p>Oklar indikation</p> <p>Humanitär indikation</p> <p>förlossningsrädsla</p> <p>oro r/t tidigare</p> <p>förlossningsupplevelse</p> <p>smärta”</p>
<p>Sverige</p> <p>ki.instructure.com</p> <p>Persson, K., & Rosén, L.</p> <p><i>Kartläggning av svenska förlossningsavdelningars riktlinjer för induktion.</i></p> <p>2015</p>	<p>”Resultatet visar att riktlinjerna för induktion runt om i Sverige inte är enhetliga. Var i landet en gravid söker vård spelar roll för vilken induktionsmetod som erbjuds eftersom inte alla kliniker har samtliga induktionsmetoder tillgängliga. Dessutom har olika kliniker olika rekommendationer för förstahandsval av induktionsmetod. Om en gravid tidigare genomgått ett kejsarsnitt eller inkommer med vattenavgång utan värkar finns det skillnader i handläggning eftersom klinikernas riktlinjer ser olika ut för när en metod är kontraindicerad eller inte. Vidare visade resultatet att klinikerna har olika riktlinjer för när följande indikationer ska induceras: överburenhet, äggdonation/IVF, äldre förstföderska och vattenavgång utan värkar. Inga riktlinjer innehöll tydlig information om vad som innefattas i begreppet humanitär indikation. Slutsats: Det råder inkonsekvens i riktlinjerna för förlossningsinduktion. Det kan ha effekter på flera olika nivåer såsom patientsäkerhet och jämlik vård. Oenighet kring riktlinjerna samt otydlighet kring vad som innefattas i begreppet humanitär indikation kan vara en orsak till de stigande induktionssiffrorna”</p>

”Val av induktionsmetod är avhängt cervixstatus. För att bedöma cervixmognad används Bishop score (som hädanefter benämns BS), som är en skala från ett till tio poäng där cervix öppningsgrad, konsistens, längd, position samt fosterhuvudets station i bäckenet bedöms. Fem poäng eller mindre motsvarar en omogen cervix och poäng mellan sex till tio klassas som ett moget status. När den gravida kommer in till förlossningsavdelningen görs en vaginal palpation där livmodertappens mognadsgrad bedöms enligt BS. Utifrån resultatet väljs sedan den induktionsmetod som är bäst lämpad för den aktuella statusen (Ekman, 2008)”

”De olika metoderna för att inducera en förlossning på svenska sjukhus i dagsläget är farmakologisk och/eller mekanisk behandling. De farmakologiska metoderna innefattar prostaglandinbehandling antingen med Minprostin® eller Propess® med den verksamma substansen Dinoproston eller intravenös behandling med Oxytocin®. Vid BS under fem poäng rekommenderas prostaglandinbehandling som appliceras intracervikalt eller vaginalt för att påbörja en förändring av cervix bindväv, vilket är en förutsättning för dess mognad”

”Mekaniska metoder innefattar dilatation av cervix via en ballong, så kallad bard-kateter eller amniotomi av fosterhinnor. Om livmodertappen är något uppmjukad, BS motsvarande fyra till fem poäng, är Bard-katetern en metod som ofta väljs. Förutsättningen för denna metod är att livmodertappen redan är lite öppen då katetern i form av en ballong behöver kunna komma in i livmodertappen för att sedan på mekanisk väg fortsätta dilatationen. Amniotomi, så kallad hinnsprängning, görs vid moget cervixstatus, BS över fem poäng. Med hjälp av en amniohook eller skalpelektrod görs en rispa på fosterhinnan så att fostervattnet börjar sippra ut. Amniotomi gör bland annat att

livmoderns muskelkraft ökar i styrka då utspänningen av livmodern minskar. I de fall där värkarbetet inte startar efter amniotomi kan värkstimulerande dropp, Oxytocin®, användas (Ekman, 2008; Hoog & Nystedt, 2009).”

”Utöver överburenhet är preeklampsi, diabetes, tillväxthämning hos fostret, flerbördsgravitet, poly- och oligohydroaminios och intrauterin fosterdöd andra medicinska orsaker till att sätta igång en förlossning. Förutom de medicinska indikationerna finns det även humanitära indikationer såsom en tidigare svår obstetrisk anamnes, bäcken – och ländryggsbesvär, stort barn samt förlossningsrädsla (a.a)”

”I Sverige har andelen induktioner stigit markant från sju procent 1994 för alla fullgångs- och enkelbördsförlossningar till 16 % år 2013 enligt senaste årsrapport från Socialstyrelsen (2014). En förklaring till ökningen är enligt denna rapport att merparten av förlossningsklinikerna idag väljer att inducera gravida i graviditetsvecka 42 i stället för graviditetsvecka 43 som förut varit standard. Riskerna som överburenhet för med sig har gjort att gränsdragningen för induktion har ändrats i fler och fler landsting. I en stor svensk studie av Grunewald, Håkansson, Saltvedt och Källén (2010) undersöktes skillnader i neonatala komplikationer hos överburna barn efter att de fötts i antingen graviditetsvecka 42 eller 43. Resultatet visade att barn födda i vecka 43 löpte signifikant ökad risk för flertalet neonatala komplikationer så som mekoniumaspiration, låga Apgarpoäng, intrauterin fosterdöd med mera”

”Svensk förlossnings- och mödravård har i jämförelse med resten av världen varit återhållsamma med induktioner utan medicinsk orsak (Olofsson, 2008). Den ökade induktionstrenden som Socialstyrelsens (2014) siffror visar på kan härledas till den ändrade gränsdragningen för induktioner vid överburenhet, men kan även bero på önskemål ifrån de blivande föräldrarna. Då sjukvården vid 41 graviditetsveckor börjar med en intensifierad övervakning, alternativt

inducerar, kan de blivande föräldrarna få uppfattningen att deras graviditet går från normal till onormal. Här har vården en viktig uppgift att ge saklig information och inte överdriva riskerna med att passera beräknat förlossningsdatum då föräldrarnas föreställning om överburenhet och induktion påverkar deras villighet att acceptera den handläggning som föreslås (Olofsson, 2008)”

”Samtliga förlossningskliniker i Sverige väljer att inducera gravida med ett BS \geq 6 primärt med amniotomi. Vissa kliniker väljer ett något högre BS för förstagångs-para och då sätts gränsen vid BS \geq 7. Efter en primär hinnsprängning så har klinikerna en avvaktningstid på en till tre timmar för att se i fall värkarbetet självmant sätter i gång. I de fall värkar uteblir kopplas ett Oxytocin® dropp. Om barnets huvud är ruckbart eller rörligt rekommenderar ett antal kliniker att börja med Oxytocin® droppet för att ställa in barnets läge korrekt innan hinnsprängning utförs. Då klinikernas handhavande inte skilde sig åt vid moget cervixstatus valdes detta resultat att endast presenteras här i löpande text då jämförelseaspekten uteblev, vilket matrisen är till för. 15 Omoget cervixstatus definieras på samtliga kliniker som BS \leq 5 poäng och metoderna som finns att tillgå är följande: Prostaglandin behandling med antingen Cytotec®, Propess®, Minprostin®, eller att på mekanisk väg dilatera cervix med en Bard-kateter. I 13 av 36 PM finns samtliga metoder för induktion vid omoget cervixstatus beskrivna. I matrisen står även de ordval klinikerna använder vid kontraindikationen tidigare sectio, tidigare uterus operation. I löpande text kommer det konsekvent att benämnas tidigare sectio”

”Majoriteten av klinikernas PM (28/36) innehåller någon form av inledande information om induktion. I flera av riktlinjerna förklaras att induktion är en medicinsk åtgärd till exempel, ”Induktion av förlossning är en medicinsk åtgärd och indikationen skall tydligt dokumenteras i journalen”. I ett annat PM betonas att induktion är en medicinsk åtgärd

ännu tydligare, "Induktion är en medicinsk åtgärd som kräver medicinsk indikation. Samma sjukhus reserverar sig dock några rader ner i sitt PM genom följande formulering, "Om induktion behöver påbörjas på ICKE medicinsk indikation skall detta ej göras före gravv 39+6". Ett tredje exempel på hur en inledning i ett induktions- PM kan se ut öppnar upp för alla möjligheter, " En induktion kan vara starkt medicinskt motiverad"... "eller ha en svagare indikation" och betonar att "det är viktigt att metoden och planeringen för genomförandet blir individualiserad". I 14 av 36 PM står att induktion ökar riskerna för komplikationer under förlossningen. I tre PM beskrivs inte detta närmare än att "Eftersom induktion ökar risken för komplikationer under förlossningen skall induktion endast göras på strikt medicinsk indikation eller efter särskilt övervägande på psykosocial indikation". I de övriga elva riktlinjerna omnämns bland annat en ökad risk för sectio. I fyra av dessa PM används följande formulering, "Rent generellt gäller att förlossningsinduktioner skall ske på mycket strikta indikationer eftersom studier gett stöd för att sectorisken p.g.a. misslyckad induktion ökar särskilt hos förstföderskor med omogen cervix". Endast ett fåtal, elva, riktlinjer har ett samlat dokument med indikationer för induktion och av dem är det endast sex PM som även har angett tidpunkt för induktion vid de olika indikation."

"Humanitär indikation Det verkar inte finnas några specifika PM för denna indikation. En dryg tredjedel (14) av alla PM innehåller dock någon form av information om induktion på humanitär/psykosocial indikation i den generella beskrivningen av induktion. Till exempel "Induktion av förlossning ska endast ske på välgrundad indikation, dvs. där det av medicinska eller humanitära skäl bedöms nödvändigt att avsluta graviditet". Eller "Induktion av förlossning göres endast på strikt indikation, till exempel: överburenhet... psykisk anledning etc. där man bedömer att inväntandet av spontant värkarbete innebär en risk". Det är väldigt otydligt vad som innefattas i humanitär indikation. Endast tre

		<p>PM ger exempel på vad som kan menas med humanitär/psykosocial indikation såsom förlossningsrädsla, bäcken- och ländryggsbesvär, tidigare negativ förlossningsupplevelse. Ett sjukhus uppger lång resväg som psykosocial indikation. Två PM har definierat från vilken graviditetsvecka induktion på icke medicinsk 21 grund tidigast kan övervägas. I ett sjukhus PM står att induktion inte ska utföras utan medicinsk grund utan istället inväntas spontan förlossningsstart med stöd av barnmorska.”</p> <p>”Efter att ha granskat PM för induktioner i Sverige idag ser vi att det råder inkonsekvens vid val av metod, kontraindikationer och tidpunkt för induktion. Detta kan ha effekt på patientsäkerhet och jämlik vård. Vi kan dock inte säga på vilket sätt. Icke samstämmighet kring riktlinjerna, samt otydlighet kring vad som innefattas i begreppet humanitär/psykosocial indikation, kan vara en orsak till de stigande induktionssiffrorna.”</p>
Norge	<p>statistikkbank.fhi.no</p> <p>Folkhelseinstituttet</p> <p><i>Medisinsk fødselsregister – statistikkbank</i></p> <p>2021</p>	<p>”2020 Totalt antall fødsler 52 897”</p> <p>”2020 Indusert, Antall 14 311”</p>
Norge	<p>oslo-universitetssykehus.no</p> <p>Oslo universitetssykehus</p>	<p>”Igangsetting av fødselen (induksjon) blir alltid gjort på bakgrunn av en grundig vurdering, og blir bare gjort når dette blir vurdert som den beste behandlingen for mor og/eller barn”</p>

<p><i>Igangsetting av fødsel på Rikshospitalet</i></p> <p>2021</p>	<p>"Utgangspunktet for all fødselshjelp er å fremme en naturlig fødsel. At fødselen starter spontant mellom svangerskapsuke 37 og 42 hos en frisk mor etter et ukomplisert svangerskap, er det beste for mor og barn. Men det er ikke slik for alle. Det kan være faktorer hos mor, barnet eller hos begge som gjør at det beste er å framskynde fødselen."</p> <p>"Alle gravide får tilbud om terminkontroll på fødeavdelingen der de skal føde, når de er cirka 4 dager over termin dato fastsatt ved ultralyd. Svangerskapet er da ikke på overtid.</p> <p>Overtid i svangerskapet er når svangerskapet varer mer enn 42 uker (>294 dager), eller 11 dager over termin dato fastsatt ved ultralyd."</p> <p>"Modning av livmorhalsen ved hjelp av kateter (Foley-kateter)"</p> <p>"Modning av livmorhalsen ved bruk av hormon"</p> <p>"Drypp for å stimulere til rier/rieaktivitet"</p>
<p>Norge</p> <p>legeforeningen.no</p> <p>Sund Oppegaard, K., Dögl, M., Sun, C., Hill, S., Ween-Velken, M., Krarup Sørbye, I.</p> <p><i>Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel</i></p>	<p>"Vi anbefaler at det foreligger en medisinsk indikasjon for igangsettelse av fødsel"</p> <p>"Vi foreslår at fødeinstitusjoner følger en standard protokoll for igangsettelse av fødsel, basert på modenhetsgrad av livmorhalsen og kvinnens Robson 10-gruppe"</p> <p>"Vi anbefaler at livmorhalsen strippes ved kontroll etter termin"</p> <p>"Vi anbefaler at fødeinstitusjoner utarbeider skriftlig informasjon til kvinner som skal ha igangsettelse av fødsel"</p> <p>"Vi anbefaler at kvinner som igangsettes enten med prostaglandin eller oksytocin overvåkes nøye"</p> <p>"Vi foreslår at følgende bør være i avdelingen etter igangsettelse av fødsel"</p> <p>"Kvinner med moderat preeklampsi, insulinkrevende diabetes mellitus, flerlingsvangerskap, seteleie hos foster, tidligere keisersnitt, induksjon ved prematuritet, veksthemmet foster, der det foreligger oligohydramnion eller anhydramnion, PROM og for kvinner med lang reisevei"</p>

2020

”Andelen og antall igangsatte fødsler i Norge har økt kraftig de siste 20 år. I 2000 var andel igangsatte fødsler 8.8%. I 2019 var tallet 26.1.”

”Det er forskjell mellom helseregioner og fødeinstitusjoner. Ved enkelte fødeinstitusjoner nærmer andel igangsatte fødsler seg en tredjedel av alle fødsler” ”Keisersnittsfrekvensen for alle fødsler har vært stabil mellom 2003 (15,4%) og 2017 (16.0%), til tross for den sterke økningen i antall induksjoner.”

”Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan ha mange forklaringer: Tilfeldigheter, ulik bruk av diagnostiske kriterier, risikosentralisering, variasjoner i fødejournalssystemenes data, variasjon i meldepraksis og meldesvikt, reelle forskjeller i kvalitet. MFR data er basert på tall innhentet fra Natus/Partus – ikke alle fødeavdelinger registrerer all obstetrisk utkomme Natus/Partus. Det er ofte en kombinasjon av flere faktorer.”

”I en nasjonal registrering med 21 norske fødeinstitusjoner i 20184 ble det registrert over 40 ulike metoder (kombinasjoner) for igangsetting av fødsel. De hyppigste indikasjonene, uavhengig av Robson 10 gruppe, for kvinner uten tidligere vaginal fødsel:

Vannavgang uten rier: 19.6 %

Etter termin/overtidig svangerskap: 18.5%

Hypertensjon/preeklampsi: 15.2%

Oligohydramnion: 7.9%

Veksthemmet foster: 7.5%

Diabetes (alle typer, inkludert kostregulert): 7.3%”

”Alle igangsettinger bør ha en indikasjon, og indikasjonsstillingen bør være dokumentert i journalen.”

” *Eksempler på medisinske Indikasjoner*

Overtidig svangerskap

Preeklampsi/hypertensjon/PIH (Pregnancy Induced Hypertension)

Pregestasjonell diabetes mellitus I og II

Svangerskapsdiabetes, insulinavhengig

Primær vannavgang etter 37 uker

Tvillingsvangerskap

Intrahepatisk svangerskapskolestase

Andre medisinske indikasjoner.”

”En stor retrospektiv kohort undersøkelse fra Danmark (2019)¹⁰ har undersøkt forskjeller i neonatale utfall etter at det i 2011 ble anbefalt endring ved rutinemessig fødselsinduksjon i svangerskap etter termin. I Danmark ble det før 2011 anbefalt rutinemessig fødselsinduksjon ved svangerskapsuke 42+0, men i 2011 ble anbefalingene endret til rutinemessig induksjon fra uke 41+3 til 41+5. Studien, som undersøkte mer enn 152 000 fødsler med svangerskapslengde mellom 41+4 og 45+0 mellom 2000-2016, fant ingen forskjeller i neonatale utfall, inkludert intrauterin fosterdød, etter at fødselsinduksjon ble startet i svangerskapsuke 41+3, sammenlignet med fødselsinduksjon fra uke 42+0. Derimot førte fødselsinduksjon fra svangerskapsuke 41+3, sammenlignet med induksjon ved uke 42+0, til en signifikant økning i antall fødselsinduksjoner, fra 41% til 65%, økt bruk av epiduralbedøvelse, økt av bruk rstimulerende medisin, samt en dobling av uterusrupturer fra 2.6 til 4.2 per tusen fødsler.”

”En studie fra 24 fødeinstitusjoner i Norge i 2013, fant at hver 10. igangsetting av fødsel er uten medisinsk indikasjon.”

	<p>”Kun 16% av kvinnene i studien var førstegangsfødende. «Eget ønske» fra kvinnen var den hyppigste årsaken. Andre årsaker var at kvinnen var sliten, engstelig, eller tidligere dårlig fødselsopplevelse. Av kvinnene som ble igangsatt uten medisinsk indikasjon, fødte 86% vaginalt. I valget mellom elektivt keisersnitt og igangsetting av fødsel på kvinnens forespørsel, uten annen medisinsk indikasjon, kan igangsetting være et fornuftig kompromiss, dersom kvinnen tidligere har født vaginalt.”</p> <p>”Vesentlig ved igangsetting er vurdering av modenhetsgraden til livmorhalsen med Bishops score. En norsk studie (2011) på igangsetting av fødsel i overtidige svangerskap fant at måling av livmorhalslengden med vaginal ultralyd var en viktig tilleggsundersøkelse, i tillegg til vurdering av Bishops score med fingrene”</p> <p>”I den norske induksjonsstudien i 20184 er det enkelte sykehus der modenhetsgraden til livmorhalsen ikke ble undersøkt før induksjon. Dette gjør at man ikke kan tilpasse igangsettelse og/eller informasjon om igangsettelse til kvinnen. Merk at Bishop’s Score i sin tid ble utviklet for igangsetting av multipara uten svangerskapskomplikasjoner”</p> <p>”50 år senere er den fortsatt det mest brukte verktøyet verden rundt til å vurdere igangsettingsmetoden. En forenklet metode med bare tre variabler har nylig vært brukt for å vurdere livmorhals før igangsetting av <u>nullipara</u>”</p> <p>”En fast, kollagenrik og lang livmorhals vil ta lengre tid å sette i gang sammenlignet med en myk, kollagenfattig og kort livmorhals”</p>
<p>Norge</p> <p>helsenorge.no</p> <p>Helse norge/Oslo universitetssjukhus</p>	<p>”Igangsetting av fødselen (induksjon) blir alltid gjort på bakgrunn av ei grundig vurdering, og blir berre gjort når det blir vurdert som den beste behandlingen for deg og barnet ditt.”</p> <p>”Alle gravide får tilbud om terminkontroll på fødeavdelingen der dei skal føde, når dei er 6-9 dagar over termin dato fastsett ved ultralyd. Svangerskapet er då ikkje på overtid”</p> <p>”Overtid i svangerskapet er når svangerskapet varer meir enn 42 veker (>294 dagar), eller 11 dagar over termin dato fastsett ved ultralyd”</p>

<p><i>Igangsetting av fødsel (induksjon)</i></p> <p>2021</p>	<p>”Jordmor på helsestasjonen eller fastlegen din tilviser deg til denne kontrollen. Terminkontrollen kan avtalast til første vekedag som er praktisk gjennomførbar”</p> <p>”Under graviditeten er livmorhalsen fast og fleire centimeter lang. Etter kvart som du nærmar deg fødselen, seier vi at livmorhalsen blir moden. Det vil seie at den blir mjukare og kortare, og begynner å opne seg.</p> <p>Det er ulike metodar som kan brukast for å framskande ein fødsel. Kva metode som er best for deg, blir avgjort av lege eller jordmor ut frå ei individuell vurdering, blant annet av kor moden livmorhalsen er. Dette vurderast ved å gjere ei innvendig vaginalundersøking”</p> <p>”Modning av livmorhalsen med Foley-kateter</p> <p>Dersom livmorhalsen er lite moden, startar induksjonen ofte med å legge inn et Foley-kateter, også kalla ein ballong. Foley-kateter er ein mjuk gummislange med ballong i enden som ellers blir brukt til å tappe urin frå urinblæra (kateterisering)”</p> <p>”Irritasjon og trykk frå ballongen mot livmorhalsen fører til at hormonet prostaglandin blir frigjort. Prostaglandin er med på å modne livmorhalsen”</p> <p>”Modning av livmorhalsen ved bruk av hormon”</p> <p>Målet med denne behandlinga er å modne livmorhalsen og stimulere til samantrekningar og rieaktivitet. Det syntetiske hormonet prostaglandin blir brukt for å oppnå denne effekten. Prostaglandin blir gitt i form av ein tablett du svelger, eller ein liten tablett eller kapsel om blir lagt inn i skjeden. I enkelte tilfelle blir hormonet gitt i form av et vaginalinnlegg.</p>
--	---

	<p>”Det vil bli tatt ei CTG-registrering av barnet både før og regelmessig under behandlinga. CTG (carditokografi) er ei elektronisk overvaking av barnets hjerteslag, i tillegg til mors rieaktivitet.”</p> <p>”Stikke hol på fosterhinnene – ta fostervatnet”</p> <p>Om det er modent nok, vil jordmor eller lege ved hjelp av ein liten plastkrok lage eit hol i fosterhinnene for å få fostervatnet til å renne ut. Dette blir kalla ein amniotomi. Dette er ikkje smertefullt verken for deg eller for barnet. At vatnet er tatt, kan også stimulere til rier og kan fremje fødselsprosessen”</p> <p>”Drypp for å stimulere til rier</p> <p>Når vatnet er tatt og livmorhalsen er moden og klar for å begynne å opne seg, blir ofte oxytocindrypp valt som metode for å sette i gang fødselen”</p> <p>”Om fødselen ikkje lar seg sette i gang, vil det bli vurdert å gjere keisersnitt.”</p>
<p>Danmark</p> <p>Science Direct</p> <p>Juhl, M., Declercq, E., & Damkjær Maimburg, R.</p> <p><i>Disruption of physiological labour; – A population register-based study.</i></p>	<p>”This study aimed to describe how birth practices over an 18-year period complied with current recommendations towards a more restricted use of routine interventions and with more focus on factors that contribute to thriving and transformation during childbirth. We evaluated data on 380,326 births between 2000 and 2017 and found an increasing use of interventions in nulliparous low-risk women in the Danish maternity care system. In 2017, one in four low-risk pregnant women experienced induced labour, and in 39% labour was augmented with synthetic oxytocin. Additionally, epidural analgesia was used in</p>

2020	<p>35% of the births. Overall, the number of interventions in each woman increased during the study period; the risk of experiencing more than one intervention increased from 13% to 31%. The maternal and neonatal birth-related measures were generally unchanged, except for a slight increase in the number of caesarean sections and a decrease in instrumental births and admissions to the NICU for >24h”</p> <p>”In the current study, the most substantial change between 2000 and 2017 was an increase in the induction of labour from 7% to 24% (AOR 4.85, 95% CI [4.61–5.10]). In many high-income countries, “too much too soon” has become a challenge in maternity care [3]. The concept describes routine over-medicalisation, which may be harmful due to iatrogenic effects [3], and intervention rates may further increase due to the cascade of intervention principle”</p> <p>”Disrupting normal physiological labour may have short- and long-term consequences for both mother and child. The recent WHO publication on intrapartum care expressed concerns of an increasing medicalisation of childbirth, which may affect long-term fetal and maternal health”</p>
------	--

		<p>"Further, over-medicalisation of birth may undermine a woman's autonomy and have a negative impact on her childbirth experience"</p> <p>"There is increasing evidence that interventions during labour may affect long-term health and thriving of the mother and the child"</p>
Danmark	<p>sst.dk</p> <p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><i>New in Denmark – pregnancy and birth</i></p> <p>2016</p>	<p>" If labour does not start spontaneously If your pregnancy lasts more than 41 weeks, your doctor or midwife will talk to you about inducing labour. The decision to induce labour is yours and yours alone, so spend some time talking to the staff about when it might take place, and the implications for you and your child."</p>
Danmark	<p>www.nordsjaellandshospital.dk</p> <p>Region H Nordsjællands Hospital</p> <p><i>Igangsættelse af fødsel</i></p>	<p>"Kontrol af barnets størrelse og hvordan det ligger Indvendig undersøgelse af din livmoderhals Kontrol af barnets hjertelyd med hjertelydskurve (CTG)"</p> <p>"På baggrund af disse oplysninger planlægger vi forløbet af igangsættelsen sammen med dig. Det er vigtigt, at du og din partner føler jer trygge både under en igangsættelse og under selve fødslen. Stil derfor gerne spørgsmål undervejs. Et igangsættelsesforløb foregår ofte i flere trin:</p>

u.d.

1. Et modningsforløb der blødgør, afkorter og åbner livmoderhalsen
2. Selve igangsættelsen af fødslen, hvor der prikkes hul på fosterhinderne og som regel stimuleres veer”

”Under graviditeten er livmoderhalsen næsten lukket. Sidst i graviditeten modner livmoderhalsen hos de fleste. Det betyder, at den bliver kortere, blød og mere åben. Modningen kan hjælpes i gang med hindeløsning eller med medicin (Angusta), hvilket ofte tager nogle dage. Hvis medicinsk modning ikke har haft den ønskede effekt eller Angusta ikke kan anvendes f.eks. ved tidligere kejsersnit, kan modning af livmoderhalsen hjælpes på vej med et ballonkateter. Formålet med modningen uanset metode er, at livmoderhalsen bliver afkortet, blød og åben, så jordemoderen efterfølgende kan prikke hul på fosterhinderne og fremkalde vandafgang - et led i at hjælpe den naturlige fødselsproces på vej. Veerne vil ofte starte et par timer efter vandafgang. Hvis der ikke kommer veer efter nogle timers vandafgang, vil du få tilbudt et ve-stimulerende drop.

Ved et igangsættelsesforløb kan anvendes forskellige metoder, som ofte kombineres:

Når jordemoderen undersøger indvendigt gennem skeden for at vurdere modenhed af livmoderhalsen, vil hun, hvis det er muligt, tilbyde at løsne fosterhinder. Når hinderne løsnes, kan det hjælpe med til, at kroppens egne hormoner frigives. Det kan stimulere fødselens begyndelse.

Hindeløsning kan være en forberedelse til medicinsk modning af livmoderhalsen, og det kan give plukkeveer og let blødning fra skeden.

Modning med medicin gives som tabletter (Angusta) i små doser. Hvis alt er normalt hos dig og dit barn, kan du få tabletterne med hjem til at tage efter aftale. Du vil blive grundigt instrueret i, hvordan du skal indtage medicinen. Kontakt altid afdelingen ved begyndende veer, vandafgang eller blødning. Angusta kan i sjældne tilfælde give diarré, kvalme, hovedpine, for hyppige veer, grønt fostervand og blødning efter fødslen.

	<p>Barnets hjertelyd og din ve-aktivitet bliver overvåget jævnligt undervejs - én gang i døgnet, hvis du efter aftale behandles med Angusta derhjemme.</p> <p>Lægen oplægger et kateter med to små balloner gennem din livmoderhals ved en gynækologisk undersøgelse. Ballonerne i kateteret fyldes med saltvand og bevirker en modning af livmoderhalsen. Samtidig frigives kroppens egne hormoner, som fremmer fødselns begyndelse. Ballonkateteret skal ligge i ca. 12 timer, og derfor oplægges det om aftenen. Du sover med ballonkateteret om natten indtil næste dag, hvor jordmoderen fjerner det, og umiddelbart efter vil der kunne prikkes hul på fosterhinderne.</p> <p>Ballonkateteret vil være første valg til igangsættelse af fødslen, hvis du tidligere har født ved kejsersnit.</p> <p>Når livmoderhalsen er blød og afkortet, og livmodermunden har åbnet sig 2-3 cm, kan jordmoderen prikke hul på fosterhinderne, så fostervandet siver ud. Herefter vil veerne ofte starte i løbet af et par timer.</p> <p>Hvis du ikke har fået effektive veer et par timer efter vandafgang, får du tilbudt et ve- stimulerende drop (Syntocinon-drop). Mængden af ve-stimulerende lægemiddel øges gradvist, indtil din livmoder danner effektive veer.</p> <p>Det ve-stimulerende drop beholder du indtil ca. en time efter fødslen, så livmoderen får hjælp til at trække sig sammen, og du undgår at bløde for meget.”</p>
<p>Danmark</p> <p>sydvestjysksygehus.dk</p> <p>Sydvestjysk sygehus</p> <p><i>Fødsel</i></p> <p>2021</p>	<p>”Ved din sidste jordmoderundersøgelse informerer jordmoderen dig om retningslinjerne i forbindelse med at "gå over tiden" og igangsættelse:</p> <p>Alle gravide tilbydes, at få fødslen sat i gang omkring uge 41+5 (nogle tilbydes det lidt før af medicinske grunde).</p> <p>Jordmoderen vejleder dig i , hvordan du booker en tid til kontrol i uge 41+3 eller 4 i Graviditet Ambulatoriet.</p> <p>Hvis mor og barn har det godt, kan du også vælge at vente på, at fødslen starter spontant.</p> <p>Hvis du vælger at afvente spontan fødsel, skal du omkring uge 41+3 og løbende fremover tjekkes med scanning og kontrol på afdelingen for Indlagt Gravide, så det kan sikres at du og barn har det godt.</p>

	<p>Hvis din tålmodighed slipper op inden fødslen starter spontant, kan du naturligvis ombestemme dig og blive sat i gang.”</p> <p>”De fleste igangsættelser sker på grund af overbåren graviditet, altså udover 41+5 uger, vandafgang uden veer og komplikationer i graviditeten som for eksempel forhøjet blodtryk eller svangerskabsforgiftning. I disse situationer sker igangsættelsen for at undgå, at barnet får det dårligt og ikke trives i livmoderen.”</p>
<p>Danmark</p> <p>hvidovrehospital.dk</p> <p>Hvidovre hospital</p> <p><i>Du er gået over terminen</i></p> <p>u.d.</p>	<p>”Flere undersøgelser har vist, at der er risiko for flere komplikationer for mor og barn, når graviditetslængden passerer 42 uger. Det har ført til, at man i Danmark rutinemæssigt anbefaler igangsættelse med henblik på, at kvinden har født senest graviditetsuge 42+0 dage. Er der grundlag for at sætte fødslen i gang allerede uge 41+0?</p> <p>Sundhedsstyrelsen vurderer i øjeblikket, hvilke fordele og ulemper der er, ved at sætte fødslen i gang når man er gået 1 uge over terminen. Indtil videre er det fortsat vores anbefaling at sætte fødslen i gang 10-12 dage efter din terminsdato.”</p> <p>” Du bliver ringet op, når du er gået 9 dage over terminen. I telefonen aftaler du en tid til undersøgelse. Sædvanligvis vil tiden være to dage efter, men det kan også være før eller senere (dvs. mellem uge 41+3 og uge 41+5). Når du kommer til undersøgelse, vil jordemoderen måle dit blodtryk og undersøge din urin. Der vil blive kørt en CTG (en hjertelydskurve). CTG'en registrerer barnets hjerteslag og dine (plukke)veer. Ud fra den kan jordemoderen vurdere, hvordan barnet har det. Du vil blive undersøgt indvendigt gennem skeden, for at jordemoderen kan vurdere livmoderhalsens længde og fasthed, og hvor åben livmodermunden er.”</p>

Danmark

<p>auh.dk</p> <p>Aarhus universitetshospital</p> <p><i>Fødsel – hvis din fødsel skal sættes i gang</i></p> <p>u.d.</p>	<p>”Vi vil gerne undgå komplikationer for dig og dit barn, og derfor er der nogle situationer, hvor vi vil drøfte med dig, om det vil være bedst at sætte din fødsel i gang før tid. Det kan for eksempel være:</p> <p>du har tegn på svangerskabsforgiftning eller måske for højt blodtryk</p> <p>dine levertal er påvirkede</p> <p>du skal føde tvillinger</p> <p>dit barn er meget stort, eller vi er måske bekymrede for, om barnet trives, som det skal.” ”Du er gået over termin</p> <p>Vi anbefaler, at din fødsel sættes i gang senest i uge 41+5. Der er nemlig en lidt øget risiko for, at moderkagen ikke fungerer optimalt, hvis du går flere uger over termin.</p> <p>Er du over 40 år, eller var dit BMI ≥ 35, da du blev gravid, anbefaler vi, at fødslen sættes i gang i uge 41+0. Det samme gælder, hvis du har udviklet diabetes under din graviditet (GDM).</p> <p>De fleste fødsler går i gang af sig selv omkring terminsdatoen, men ca. 6% af alle gravide vil opleve ikke at have født to uger efter termin (42+0).”,”Vi følger din graviditet tæt og drøfter muligheder med dig, før vi sætter en fødsel i gang. Enten ved at du får ekstra besøg hos jordemoderen i Jordemoderpraksis eller i Klinik for Igangsættelse, hvis du er gået over termin. Vi tjekker, om du og dit barn har det godt og laver en plan for dit forløb.</p> <p>Har du nogle af førnævnte udfordringer, bliver du fulgt i Klinik for Gravide, som lægger planen for din igangsættelse.”,”Vi overvåger dit barns hjerterytme i 20-30 minutter (CTG), og vi scanner dig for at se, hvor meget fostervand, der er. Vi taler også med dig om dine ønsker til og tanker om igangsættelse.</p> <p>Er du gået over termin og ser alt fint ud, afventer vi, at du føder spontant endnu nogle dage. Samtidig får du en tid til kontrol i uge 41+5.</p>
--	--

Bliver du fulgt i Klinik for Gravide på grund af risiko for komplikationer, vil der være lagt en individuel plan for dig. ”

”Hvis du ønsker det, kan jordemoderen undersøge længden på din livmoderhals og tjekke, om din livmodermund er begyndt at åbne sig. Er den det, kan hun foretage en såkaldt hindeløsning.

Det gør hun ved forsigtigt at føre to fingre ind mellem fosterhinderne og løsne dem fra livmodervæggen, hvor dit barns hoved ligger.

Hos nogle sætter det fødslen i gang, men det kan desværre også give smertefulde plukkeveer, der ikke fører til fødsel.”

”Under det meste af din graviditet, er din livmoderhals "fast", den bliver gradvis blødere og kortere, og din livmodermund begynder at åbne sig lidt. Hvor "moden" din livmoderhals og -mund er, afgør, hvilke trin, du skal igennem. I mange tilfælde kommer du gennem alle 3.

Trin 1: at modne din livmoderhals med medicin (misoprostol) eller oplægning af et ballonkateter*.

Trin 2: at prikke hul på fosterhinderne.

Trin 3: er stimulere dine veer med et drop.

Ofte vil du kunne være hjemme, dog kræver drop altid indlæggelse.

**Har du tidligere fået et kejsersnit, må du ikke få misoprostol (skyldes arret i din livmoder), hvorfor vi ofte vil vælge et ballonkateter eller at prikke hul på fosterhinderne.”, ”Du får medicin for at modne livmoderhalsen”, ”Du får evt. lagt et ballonkateter op i livmoderhalsen”, ”Du får prikket hul på fosterhinderne”, ”Du får lagt et vestimulerende drop”, ”Vi overvåger barnets hjertelyd og dine veer under forløbet”*

Danmark

hvidovrehospital.dk

”Du er gået ca. 10 dage over terminen”

<p>Hvidovre hospital</p> <p><i>Hvis fødslen skal sættes i gang</i></p> <p>u.d.</p>	<p>"Du er gået en uge over tid (41 uger + 0 dage)"</p> <p>"du havde et BMI på mere end 35 kg/m2, da du blev gravid"</p> <p>"du er over 40 år"</p> <p>"Du har svangerskabsforgiftning eller for højt blodtryk"</p> <p>"Du har forhøjede levertal pga. graviditeten"</p> <p>"Du har sukkersyge"</p> <p>"Du skal føde tvillinger"</p> <p>"Du mærker barnet bevæge sig for lidt"</p> <p>"Barnet vokser ikke, som det skal"</p> <p>"Du er gravid vha. ægdonation"</p> <p>"Barnet er meget større end gennemsnittet"</p> <p>"Metoden afhænger blandt andet af, hvor lang din livmoderhals er og hvor åben din livmodermund er.</p> <p>Under det meste af graviditeten er livmoderhalsen to til tre cm lang og fast, og den er lukket. Sidst i graviditeten bliver livmoderhalsen hos mange kvinder kortere og blødere, og livmodermunden åbner sig lidt.</p> <p>Det er mest almindeligt at starte enten med hormontabletter eller med at prikke hul på fosterhinderne. Det er meget ofte også nødvendigt med et vestimulerende drop for at gøre veerne effektive og regelmæssige bagefter.</p> <p>Selv om man sætter fødslen i gang, er det stadig kroppen selv, der skal gøre størstedelen af arbejdet. Derfor varer en igangsættelse ofte flere dage, hvor du på skift er hjemme og til tjek på hospitalet.</p> <p>I enkelte tilfælde lykkes det ikke at sætte fødslen i gang. Så bliver du tilbudt et kejsersnit."</p>
--	---

"Hormontabletter Augusta (Misoprostol)"

"Ballonkateter, der lægges op i livmoderhalsen"

"Hindeløsning"

"Prikke hul på fosterhinderne"

"Vestimulerende drop"

"Hindeløsning"

Formålet med hindeløsning er at få livmoderen til at lave veer. Hindeløsning gør chancen større for at fødslen går i gang af sig selv. Jordmoderen tilbyder normalt først hindeløsning efter terminen, men inden den rigtige igangsættelse."

”Tyvärr ”behövs” det alltför ofta”

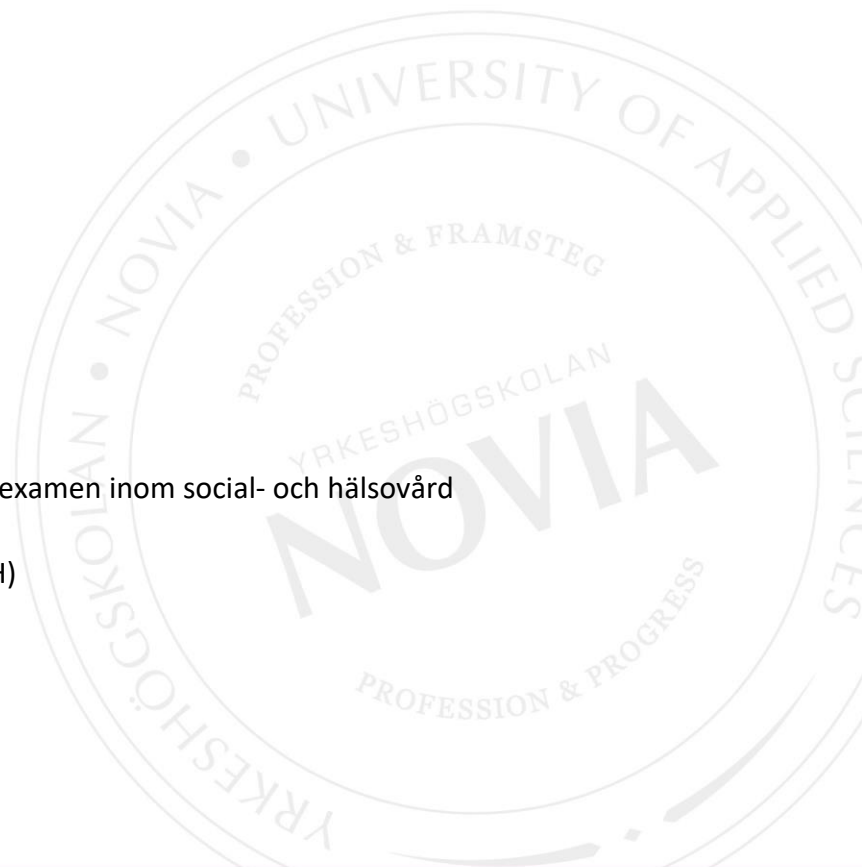
En enkätstudie om barnmorskans upplevelse och erfarenhet av en ökande mängd induktioner och dokumentationen kring induktion

Mirja Rentola

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2022



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Mirja Rentola
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Tyvärr "behövs" det alltför ofta" – En enkätstudie om barnmorskans upplevelse och erfarenhet av en ökande mängd inductioner och dokumentationen kring induction

Datum: 22.11.2022

Sidantal: 19

Bilagor: 3

Abstrakt

Utvecklingsarbetet är en fortsättning på examensarbetet "*Induktion av förlossning – en "Scoping Review" över indikationer och praxis i nordiska länder*" (Rentola, 2022). Utvecklingsarbetet utgörs av en ministudie över barnmorskors upplevelser och erfarenheter av en ökande mängd inductioner och dokumentationen kring induction och är utförd med en mixad metod. Studien utfördes i ett forum för barnmorskor på internet som en anonym respondentundersökning med elektronisk enkät, som resulterade i 23 svar. Svaren analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats och resultatet åskådliggjordes med diagram och i löpande text.

I resultatet framkom det att barnmorskorna upplever att det inte alltid finns en medicinsk indikation till de inductioner som utförs. Exempel på icke medicinska indikationer utgavs vara "*humanitära indikationer*". Det framkom att det finns brister i hur väl informerade föderskorna är om indikationen till induction och hur induction i praktiken går till. Dokumentationen kring inductioner upplevs inte alltid tillräcklig och barnmorskorna lyfte fram att en ökande mängd inductioner påverkar både arbetsbelastningen och förlossningsupplevelserna.

Språk: svenska

Nyckelord: induction, barnmorskans upplevelse, igångsättning

BACHELOR'S THESIS

Author: Mirja Rentola
Degree Programme: Midwife, Vasa
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: "Unfortunately, it's "needed" too often" – A survey study on midwife's experience of an increasing number of labour induction and the documentation of induction

Date 22.11.2022

Number of pages 19

Appendices 3

Abstract

This is a continuation of the thesis "*Induction of labour – a "Scoping Review" of indication and practice in Nordic countries*" (Rentola, 2022). It consists of a mini-study of midwives' experiences of an increasing number of inductions and the documentation of induction. The study is done using a mixed method. The study was conducted in an internet midwifery forum as an anonymous respondent survey with an electronic survey, which resulted in 23 responses. The answers were analyzed with qualitative content analysis with an inductive approach and the results were illustrated with diagrams and text.

In the results, it emerged that midwives feel that there is not always a medical indication for the inductions performed. Examples of non-medical indications were given to be "*humanitarian indications*". It emerged that there are shortcomings in how well informed the women are about the indication for induction and how induction is done in practice. The documentation of inductions is not always perceived as sufficient, and the midwives highlighted that an increasing number of inductions affects both the workload and the birth experience.

Language: swedish

Key words: induction, midwives experience, induction of labour

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställning	1
3	Bakgrund.....	2
4	Metod	3
4.1	Arbetsprocess	4
4.2	Etiska överväganden	6
5	Resultat.....	6
6	Kritisk granskning och metoddiskussion	13
7	Diskussion	15
8	Avslutning	18
	Källförteckning.....	20

Bilaga 1 Enkät om induktion

Bilaga 2 Presentation för enkäten

Bilaga 3 Kvalitativ innehållsanalys

1 Inledning

Induktioner har ökat betydligt under de senaste årtiondena och detta har givetvis påverkat barnmorskans arbete på flera olika sätt. Detta utvecklingsarbete är en fördjupning till examensarbetet "Induktion av förlossning – en "Scoping Review" över indikationer och praxis i nordiska länder" (Rentola, 2022) där det bland annat framkom att det i nordiska länder förutom på grund av medicinska indikationer även utförs inductioner på andra grunder, exempelvis moderns önskan om detta. "Förutom kvinnans eller fostrets fysiologiska orsaker till induktion angavs psykosociala orsaker vara en indikation till induktion. Det framkom att det kan tänkas vara en tolkningsfråga vad som anses vara en sådan." (Rentola, 2022). Det framkom även att definitionen av humanitära och psykosociala indikationer är otydlig och kan leda till varierande praxis mellan olika förlossningsenheter. Idag finns det forskning om hur kvinnorna upplever en induktion och vilken induktionsmetod som är tryggast att använda, men det finns inte mycket information om barnmorskans upplevelser kring inductioner. Det är trots allt en medicinsk intervention som påverkar det naturliga, fysiologiska födandet, som barnmorskan ska beskydda så långt som möjligt. "I WHO:s rekommendationer för positiv förlossningsupplevelse "Intrapartum care for positive childbirth experience" beskrivs att förlossningen alltid borde vara individualiserad och kvinnocentrerad, att inga interventioner borde utföras utan tydlig medicinsk indikation och att förlossningsvården alltid borde sträva till en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan, den nyfödda och hennes familj (World Health Organization, 2018)." (Rentola, 2022).

2 Syfte och frågeställning

Syftet med utvecklingsarbetet är att göra en ministudie om barnmorskornas upplevelser och erfarenheter av den ökande mängden inductioner, indikationer och dokumentationen kring dessa för att belysa denna del av förlossningsvården. Studien riktar sig till

svenskspråkiga respondenter. Resultatet kan vara till fördel för att utveckla barnmorskans yrke.

Frågeställningarna för detta utvecklingsarbete är

Vilken är barnmorskans upplevelse och erfarenhet av den ökande mängden inductioner?

och

Hur upplever barnmorskan dokumentationen kring indikationer till induction?

Frågeställningarna är utvalda och formulerade i relation till studiens syfte.

3 Bakgrund

Induktion av förlossning är någonting som blir allt vanligare både i Finland och andra nordiska länder. I Finland induceras mer än var tredje förlossning i dagsläget (Gissler & Heino, 2022) och principen är att det alltid ska föreligga en medicinsk indikation till induction. Före beslut om att inducera en förlossning bör det göras en bedömning att en fortsatt graviditet innebär en högre risk för kvinnan eller fostret än vad en induction skulle innebära. De vanligaste orsakerna till induction i Finland är bland annat överburenhet, barnvattenavgång utan värkar, diabetes och fosterindikationer. Kvinnornas förlossningsupplevelser undersöks på olika sätt, ett verktyg som används är VAS (*visual analogue scale*) som mäter förlossningsupplevelsen som helhet genom att föderskan bedömer den på en skala från 1–10 där 10 är den bästa möjliga upplevelsen och 1 är den sämsta möjliga. De föderskor vars förlossning börjat spontant och resulterat i en normal nedredelsförlossning var de nöjdaste och gav de högsta VAS poängen för sin förlossning i en undersökning som Helsingfors Universitetssjukhus HUS utförde under åren 2012–2018. Induktion påverkade upplevelsen negativt, speciellt i de fall då induction resulterat i instrumentell förlossning med sugklocka eller kejsarsnitt. (Gissler & Heino, 2022).

När man överväger att inducera en förlossning bör man noga överväga medkommande för- och nackdelar för både mamma och foster. Fördelar kan exempelvis vara att man kan

undvika allvarliga komplikationer som en fortsatt graviditet skulle innebära genom att påverka graviditetens längd. Nackdelar kan exempelvis vara en svår och utdragen förlossning som påverkar både mamma och foster. (Paananen et al., 2015). I artikeln *"Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study"* (Jay et al., 2018) framkommer det att det finns brister i hur väl informerade föderskor är när det kommer till induktion, i studien hade två tredjedelar fått sin kunskap om induktion via vänner och familj och inte barnmorskan eller annan professionell vårdare. Orsakerna till detta anses exempelvis vara tidsbristen, barnmorskorna hinner helt enkelt inte diskutera alla för- och nackdelar och ge föderskan all information som hon egentligen skulle behöva för att kunna ta ett beslut om och ge sitt samtycke till en induktion. Kvinnornas kunskap om vad en induktion är och hur den går till är bristfällig och de kan ha en felaktig bild av den. Kvinnornas upplevelser visade att de var bättre informerade och hade mer kunskap i de fallen då induktion skulle utföras på grund av en tydlig medicinsk indikation, exempelvis pre-eklampsi, medan de kvinnor vars förlossningar blev inducerade på grund av exempelvis överburenhet var sämre informerade och indikationen upplevdes vara ospecifik. Riskerna som de professionella tog upp var främst de som medkommer för fostret vid långvarig graviditet, snarare än risker som kan förekomma för både kvinnan, fostret eller påverkan på den nyfödda efter de medicinska interventioner som utförts. Kvinnornas starka förtroende för de professionellas rekommendationer och opinion innebär att de professionella har ett stort ansvar när det kommer till att ge kvinnorna all väsentlig information så att de kan vara delaktiga i beslutsfattandet som påverkar både deras baby och kvinnornas egen hälsa. (Jay et al., 2018).

4 Metod

Studien tillämpar mixad metod av ministudie i form av respondentundersökning och innehåller en både kvalitativ och en kvantitativ del. Studien utgörs av en elektronisk enkät med både standardiserade och öppna frågor. Val av datainsamlingsmetod som föreliggande studie utgår ifrån stödjer syftet som är att undersöka respondenternas

upplevelser och erfarenheter. Med en respondentundersökning kan man ta reda på respondenternas åsikter och upplevelser och genom kategorisering använda svaren för att upptäcka exempelvis olika mönster, likheter eller olikheter i svaren (Esaïasson et al., 2017). Som analysmetod fungerar kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

4.1 Arbetsprocess

Frågeställningarna för studien är utformade utifrån fynden i det tidigare skrivna examensarbetet "Induktion av förlossning – en "Scoping Review över indikationer och praxis i nordiska länder" (Rentola, 2022). Enkätfrågorna för studien är formulerade för att bäst besvara studiens frågeställningar och syfte. För detta ändamål formulerades både standardiserade och öppna frågor för att öka sannolikheten att få heltäckande svar av respondenterna. En elektronisk enkät utformades med hjälp av verktyget Forms. Ett passande forum för att få kontakt med respondenter, i detta fall barnmorskor som arbetar i förlossningen, söktes i första hand mellan olika grupper på Facebook. Valet föll på en svensk Facebook grupp vid namn "Barnmorska – aktuellt och intressant" eftersom gruppen är riktad och avsedd för endast barnmorskor, barnmorskestuderande eller pensionerade barnmorskor och har relativt många medlemmar, över 6400 i september 2022. Det utvalda forumet riktar sig till svenskspråkiga barnmorskor vilket innebär att resultatet inte kommer att gälla exempelvis endast finländska barnmorskors upplevelser och erfarenheter, utan att respondenterna högst troligen till största delen kommer att vara verksamma i Sverige. Därför formulerades syftet att rikta sig till svenskspråkiga barnmorskor, eftersom svenskspråkiga respondenter kan vara verksamma i andra länder än endast Sverige. Valet att utföra studien i form av en elektronisk enkät med anonyma respondenter baserar sig på forskarens bedömning av tidsåtgång. Enkäten gjordes på svenska och som inkluderingskriterier valdes att respondenterna skulle bestå av svenskspråkiga barnmorskor som arbetar i Finland, Sverige, Norge eller Danmark, eftersom examensarbetet som detta utvecklingsarbete bygger vidare på inkluderade just dessa länder. Frågorna till den elektroniska enkäten (Bilaga 1) utformades för att bäst besvara studiens frågeställningar. En pilotstudie utfördes för att testa enkäten före publicering.

Administratören för Facebook gruppen "Barnmorska – aktuellt och intressant" kontaktades på förhand för att be om lov att publicera enkäten för studien i gruppen, enligt gruppens anvisningar och regler. När enkäten godkänkts av administratören blev ett inlägg (Bilaga 2)

med en länk till den elektroniska enkäten (Bilaga 1) publicerad i Facebook gruppen av administratören. Utvecklingsarbetet och dess syfte presenterades i inlägget för att skapa en god kontakt med potentiella respondenter. Den elektroniska enkäten publicerades den 26.09.2022 klockan 21:45 och var publicerad i gruppen två dygn vilket resulterade i 23 svar.

Tabell 1. Inkluderings- och exkluderingskriterier.

Inkluderingskriterier	Exkluderingskriterier
Respondenter som arbetar som barnmorska i Finland, Sverige, Norge, Danmark	Respondenter som angett att de arbetar i annat land än Finland, Sverige, Norge eller Danmark
Verksamma respondenter som arbetar i förlossningssal, på avdelning för gravida eller på BB	

Efter att rådata blivit insamlat gick svaren igenom för att utesluta enkäter som inte fyllde inkluderingskriterierna. Alla inkomna svar fyllde inkluderingskriterierna och togs med i innehållsanalysen. De standardiserade frågornas svar åskådliggjordes med hjälp av pajdiagram. Svaren i de öppna frågorna lästes igenom flera gånger för att lägga märke till mönster och teman. Därefter tematiserades svaren genom färgkodning, där svar och kommentarer från de öppna frågorna som tangerade samma ämne markerades med olika färger. När svaren tematiserats valdes fem olika huvudkategorier som bäst beskrev de förekommande ämnena i svaren, kategorierna namngavs som kunskap och information, obstetriskt våld, indikationer, barnmorskans upplevelser och följder för föderskan. Därefter plockades svaren in i en tabell med huvudkategorier och subkategorier (Bilaga 3). Till slut sammanfattades svaren i löpande text utgående från analysen. Resultatet diskuterades därefter i relation till tidigare vetenskap i ämnet.

4.2 Etiska överväganden

Anvisningar om god vetenskaplig praxis och forskningsetik är sammanställda av Finländska vetenskapsförbundet och forskningsetiska delegationen. Dessa anser att en forskning är etiskt godtagbar när forskningen grundar sig på dessa anvisningar. Trovärdiga forskningsresultat grundar sig på bland annat öppenhet, ärlighet, ansvarsfull kommunikation och användningen av lämpliga metoder för forskning. (Forskningsetiska delegationen (TENK) 2021). De forskningsetiska aspekterna i en studie eller forskning är med under hela forskningsprocessen med syftet att alltid göra gott (Sandman & Kjellström, 2014). God vetenskaplig praxis innebär också att hela forskningsprocessen dokumenteras noggrant och exempelvis tidigare forskning som inkluderas skall vara etiskt granskad. Forskningsresultaten skall presenteras sanningsenligt. Forskaren bör förhålla sig objektivt till studien (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014). I denna ministudie är det viktigt att kommunicera öppet och ärligt med respondenterna, värna om deras anonymitet samt etiskt granska den data som kommer att inkluderas i studien. För att resultatet skall vara användbart i utvecklingen av vårdarbetet bör studien vara etiskt hållbart utförd. Metoder för att säkerställa detta är exempelvis korrekt källhänvisning, korrekt analys av enkätfrågor samt ärlig rapportering av resultat.

5 Resultat

Det kom in totalt N=23 svar på den elektroniska enkäten, samtliga respondenter uppgav sig arbeta i Sverige. Av respondenterna uppgav N=22 sig arbeta i förlossningssal, på BB eller på avdelning för gravida och N=1 uppgav sig inte arbeta på någon av dessa områden. Respondenterna kunde välja flera svarsalternativ, vilket innebär att de kunde uppges att de exempelvis arbetar på både BB och i förlossningssal. Cirka 91% (N=21) av respondenterna uppgav att det inte alltid finns en tydlig medicinsk indikation till induktion (Diagram 1).

Finns det alltid en tydlig medicinsk indikation till de igångsättningar som utförs?



Diagram 1. Barnmorskornas erfarenhet av om det alltid finns en tydlig medicinsk indikation till induktion.

En stor andel uppgav *"humanitär indikation"* (N=15) som en icke medicinsk indikation till induktion. Humanitära indikationer uppgavs vara exempelvis patientens önskan, oro, tidigare snabb förlossning, foglossning, önskemål att inte gå över vecka 40+0 på grund av oro för IUGR (intrauterin tillväxthämning) och/eller makrosomi (stort foster), enstaka högt blodtryck eller så kallat *"white coat"* blodtryck det vill säga att blodtrycket är högre exempelvis vid mätning i sjukhusmiljö än det skulle vara i hemmiljö på grund av nervositet eller stress, förlossningsrädsla, tidigare trauman, psykosociala orsaker, *"läkare inte vågar eller orkar neka patienten"*, *"Management by fear med hittepå diagnoser"*, *"psykiskt eller fysiskt jobbigt för kvinnan att vara gravid"*, sömnsvårigheter, symfyssmärta, *"misstänkt uppseglande preeklampsi trots att inga objektiva symtom"*, *"vattenavgång sen mindre än 48 timmar tillbaka"*, ålder, BMI, *"tidigare BOH (bad obstetrisk history)"*, *"lång latens/förvärrar, vill ej "gå över tiden", "induktion för säkerhets skull"* och *"på lösa grunder"*. Det framkom att indikationen överburenhet används tidigare än vad den ansedda gränsen i Sverige för tillfället är *"GW 41+0 med diagnosen överburenhet fat det är inte överburet - det står tom $\geq 42+0$ "* (sic! GW=syftar på graviditetsvecka, fat=fast, felstavat).

Barnmorskorna definierade medicinsk indikation till induktion som att risken för antingen mor eller barn genom att låta graviditeten fortskrida ska bedömas vara större än riskerna med att inducera förlossningen. Det beskrevs som *"komplikationer som uppkommit under graviditeten"*, *"risk för morbiditet eller mortalitet för mor och/eller barn om graviditeten fortsätter"* och *"när riskerna av induktionen är mindre än riskerna att avvakta spontan värkstart"*. Konkreta exempel uppgavs vara pre-eklampsi, högt blodtryck, påverkat flöde i navelsträngen, långvarig vattenavgång utan värkar, med GBS eller med mekoniumfärgat

fostervatten, överburenhet i graviditetsvecka 42, minskade fosterrörelser, nedsatt placentafunktion, fostrets tillväxthämning SGA (small for gestational age) eller LGA (large for gestational age), psykisk sjukdom som påverkar graviditeten genom exempelvis risk för mammans liv, diabetes och makrosomi, hepatos, Covid-19, ileus, kantblödning (Sic! syftar troligen på att det blöder från moderkakans kant), "Vissa humanitära skäl", liten mängd fostervatten och placenta insufficiens.



Diagram 2. Barnmorskornas erfarenhet av om indikationen till induktion dokumenteras tydligt i patientjournalen.

Ca. 70% (N=16) av respondenterna svarade att indikationen till induktion dokumenteras tydligt i patientjournalen (Diagram 2). *"Ibland gör det det men vissa gånger är det lite slarvigt beskrivet. Vi rapporterar fel till varandra för det står lite olika"*. Även avsaknaden av utförlig dokumentation togs upp. *"Saknar att det inte dokumenteras om föderskan fått tydlig information och för- och nackdelar med induktion som är evidensbaserad, om anledning är rimlig i relation till risker vid induktion. Om föderskan fått diskutera alternativ till metod vid induktion"*. Barnmorskornas arbete påverkas av att läkarna inte alltid dokumenterar vårdplan tillräckligt noggrant. *"Läkarna glömmar att skriva induktionsmall"* och *"Det saknas ibland anteckningar från läkare som bedömt patient för induktion, ibland finns anteckning men det saknas en tydlig indikation."*. Det kan finnas flera orsaker till att dokumentationen är bristfällig, exempelvis *"När det inte finns en rimlig anledning, medicinsk eller att systemet inte har en diagnoskod för anledning till induktion. Flertal gånger finns inte ens en induktionsmall ..skriver*

bara i löpande text i journalen”(sic!). Endast lite över hälften av barnmorskorna (57% N=13) upplevde att dokumentationen kring indikationen till induktion är tillräcklig (Diagram 3).

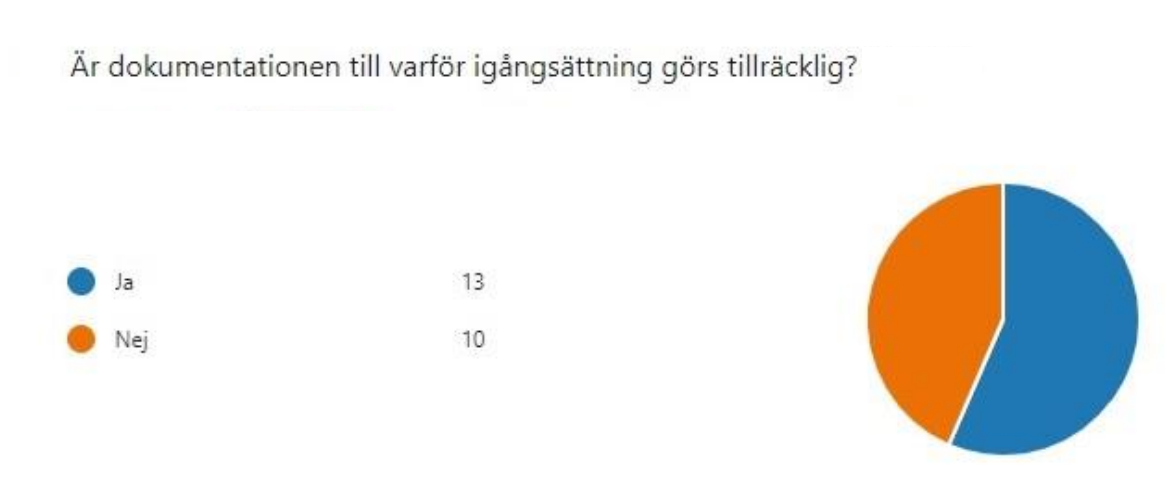


Diagram 3. Barnmorskornas upplevelse av dokumentation kring indikation till induktion.

I resultatet framkom det att barnmorskorna upplever att föderskorna ofta har dålig insikt i vad en inducerad förlossning innebär samt att informationen som de får från sjukvården i många fall är bristfällig. *”Tyvärr vet många kvinnor inte vad en induktion kan innebära utan tror det är en quick fix”*. Föderskorna vet exempelvis inte hur induktionsförloppet kan se ut, hur lång tid det kan ta innan den aktiva förlossningen kommer i gång samt om risker som kan medkomma i samband med en induktion, exempelvis att en utdragen och svår förlossning kan resultera i kejsarsnitt. I vissa fall upplever barnmorskorna *”att många födande/par inte har fått tillräcklig information av varför induktionen görs eller hur den går till innan de kommer till förlossningen”* eller att inte *”patienten är informerad om riskerna med en induktion”* över huvud taget.

Barnmorskorna uppgav att induktion är en påfrestning för kvinnan både fysiskt och psykiskt. Om kvinnans kropp inte är mogen för en förlossning kan resultatet innebära *”långdragna induktioner/förlossningar”* som kan vara i flera dygn. *”När de efter att ha vistats på sjukhuset i flera dagar utan att förlossningen startat upp är de ofta mentalt väldigt trötta och har svårt att hitta kraften till förlossningen”*. På en del ställen har kvinnan inte alltid möjlighet att ha med sig en stödperson under tiden induktionen utförs, utan stödpersonen har möjlighet att närvara först när förlossningen aktivt är i gång. *”På vår avdelningen får inte partner vara med under*

induktionen och de delar rum med ytterligare en induktion och det påverkar deras psykiska mående negativt och blir ingen vila”(sic!). Induktion anses av barnmorskorna vara en intervention som ”stör det fysiologiska födandet och kroppens förmåga”. En kvinna som genomgår en induktion kräver även mer regelbunden uppföljning vilket i sin tur kan vara störande för kvinnan. ”Jag upplever att kvinnan i fråga påverkas i form av onödiga interventioner som CTG övervakningar, EDA, oxytocindropp, risk för akut kejsarsnitt” (sic! EDA=syftar på epiduralbedövning). En ökande mängd induktioner har även bidragit till otillgänglighet och ”platsbrist” i förlossningsvården. Barnmorskorna beskriver situationer som ”Ofta intagningsstopp på förlossningsavdelningen då många induktioner pågår samtidigt” och att ”födande behöver hänvisas till annan klinik”. Även vårdtiderna förlängs i och med att kvinnorna är inlagda på avdelningen innan förlossningen är i aktivt skede ”långa vårdtider innan förlossning och även efter pga uttröttade kvinnor och komplikationer.”

Enligt barnmorskorna löper kvinnor vars förlossning induceras ”risker för mor och barn” och ”Större risk för komplikationer”. Exempel på komplikationer som kan med komma uppgavs vara långdragna förlossningar, fler interventioner, ökat antal kejsarsnitt, påverkan på förlossningsupplevelsen, sekundär förlossningsrädsla och fosterpåverkan. Forskning fokuserar ofta på det medicinska utfallet och inte på förlossningsupplevelsen ”mer komplikationen för mor och barn, även om det i viss forskning inte syns i det medicinska utfallet så påverkar det förlossningsupplevelsen negativt”(sic!). Förlossningsupplevelsen kan bli en negativ, ”emellanåt traumatisk upplevelse”.

Är du som barnmorska alltid medveten om den medicinska indikationen när du sköter om en igångsättning?

● Alltid	10
● Oftast	13
● Sällan	0
● Aldrig	0



Diagram 4. Barnmorskornas medvetenhet om indikationen till induktion.

Barnmorskorna uppgav att de alltid, ca. 43% (N=10), eller oftast, ca. 57% (N=13), är medvetna om den medicinska indikationen till varför en induktion görs. En ökande mängd induktioner

påverkar arbetet som barnmorska på flera sätt. De flesta uppgav att arbetsbelastningen ökar drastiskt och att *"Induktioner är tungt för personalen". "Högre arbetsbelastning och möjligheterna att ge bra vård minskar, som ansvarig barnmorska kan jag ansvara för 2-3 inductioner samt 5 förlösta samtidigt. Har inte möjlighet att ge inductionerna de stöd som de behöver, särskilt med tanke på att kvinnan är ensam utan partner närvarande pga våra riktlinjer"*. Barnmorskorna sköter om flera patienter samtidigt och är tvungna att prioritera patienterna. *"Jag har ibland/ofta värkpatient samtidigt med en induction. Patient med induction får vänta, blir ej alltid optimalt. Känner mig ibland lite stressad samtidigt som jag alltid prioriterar den kvinna som är i aktiv fas"*. Efter en lång induction behöver föderskorna mycket stöd för att orka igenom förlossningen. *"Utmaningen att som barnmorska hjälpa dem hitta kraften att hantera förlossningen blir då en annan jämfört med någon som haft en spontan förlossningsstart"*. Bristen på resurser att hantera den ökande mängden inductioner innebär enligt barnmorskorna även *"Ökad risk för skada. ökad risk för farliga situationer som kan äventyra min legitimation"*(sic!) och *"Ökad stress och otillräcklighet. Personal som slutar"*.

Barnmorskorna uttrycker oro. *"Vi varnade för ökade komplikationer sectio ve etc efter svepis men läkarna hävdade motsatsen, nu lever vi i en verklighet där jag upplever att det blev precis som befarat"*(sic!). Det kom upp att en del anser att det är *"förfärligt"* att exempelvis inducera på rutin eftersom barnmorskans uppgift är att *"Värnar om kvinnors förmåga att föda"* och *"Barnmorskans ansvar är att handha det normala"*. Oro uttrycktes även för att *"medicalisering av födandet driver oss längre och längre ifrån det fysiologiska födandet"*(sic!). Även avsaknaden av utförlig dokumentation togs upp. *"Saknar att det inte dokumenteras om föderskan fått tydlig information och för- och nackdelar med induction som är evidensbaserad, om anledning är rimlig i relation till risker vid induction. Om föderskan fått diskutera alternativ till metod vid induction"*(sic!). Strukturella aspekter som beskrevs var brist på resurser och således platsbrist. Induktion *"Tar även otroligt mycket resurser och är en bidragen orsak till platsbrist, då vårdtiden innan barnet föds kan bli upp till 5 dygn på en förlossningsavdelning"*(sic!). Förlossningsenheterna kan vara så fullsatta att det inte finns resurser att ta in kvinnor som söker vård. *"Ökande antal inductioner på förlossningen gör att födande behöver hänvisas till annan klinik"*. En del av problematiken beskrivs som att *"det Stora felet som gjordes när antalet inductioner ökades var att inte resurserna ökades på i samma utsträckning. Om verksamheten kräver att det nu ska utföras fler arbetsuppgifter så måste de ta höjd för det i budgeten"*(sic!).

Barnmorskorna anser att *"det ska finnas en tydlig indikation"* till de induktioner som utförs, och att det när det finns goda skäl är en bra metod att kunna inducera förlossningar. *"Ibland nödvändigt men många ggr interventioner som vi skulle kunna skippa"* (sic! ggr=gångar). *"Jag upplever många gånger att induktioner är mkt lyckade också och går fint framåt så jag är inte enbart negativ"*. *"Jag anser att det ska stå tydligt varför igångsättningen görs. Jag är inte emot det när det behövs men ändå viktigt att det står tydligt vad som är orsaken"*. *"Negativ till induktioner som ej är medicinsk indikation"*. På grund av att induktionerna ökat i snabbare takt än vad resurserna att sköta dem har ökat stöter barnmorskan på en del etiska dilemman i vården av induktioner. Allt från hur väl kvinnan och hennes partner är informerade om induktionen till vilken indikation som angetts. *"Får ont i magen varje gång man får ansvar för en kvinna som ska induceras. Särskilt "humanitära" ej medicinsk indikation"*. Barnmorskan kan uppleva *"Samvetsstress"* över att det inte finns tid att utföra arbetet på bästa möjliga sätt utan *"man tvingas utföra saker som inte är rimliga eller försvarbara. Många barnmorskor har sagt upp sig pga ökning av induktioner. Kan inte stå bakom det kvinnorna utsätts för som inte är försvarbart"* (sic! pga= på grund av).

Obstetriskt våld och medikalisering var också någonting som framkom i studien. *"Obstetriskt övervåld mycket vanligt under induktioner"*. Felanvändning av makt är exempelvis att *"Många kvinnor med gräns-bmi känner sig tvingade att genomgå en induktion för "tänk om jag sa nej och det hände mitt barn något"*. *"Födande som säger nej, utsätts för hot och skrämelse tills dom säger ja"*. *"induktion för säkerhets skull eller på lösa grunder, men presenteras för den gravida som medicinskt nödvändiga och skapar obefogad oro"*. *"Ibland känns det som kvinnorna är rädda att gå längre än v. 41+0 för då blir deras kroppar farliga för barnet"*. Det framkom att barnmorskorna upplever att den ökande mängden induktioner även resulterar i en alltmer medikaliserad förlossningsvård med *"mer läkarstyrd vård och mer interventioner"*, *"Alt mer "mekaniskt"(sic!)"*. *"Svårt att låta kvinnan styra helt över sin egen förlossning då det kräver störmoment"*. Induktioner innebär även att barnmorskan är tvungen att göra fler interventioner under förlossningens gång, *"jag upplever att jag själv får gå in och styra mer"*. Flera är oroade för att kvinnocentrerad vård och individuell bedömning av status riskerar att åsidosättas om induktioner utförs på rutin. *"Jag tycker man ska göra en individuell bedömning i varje enskilt fall och inte inducera alla på rutin tex i v41+0. Det har blivit normen hos oss nu och vissa kvinnor upplever nästan inte att de har ett val, att det är ett erbjudande utan snarare att vi sätter igång alla då"*(sic!). Barnmorskorna upplevde även att det händer att *"Födande blir*

bara tillsagda att så här gör vi här och du ska/bör gå igenom en induktion idag utan rimlig förklaring". Barnmorskorna beskrev brist på givet samtycke till att inducera förlossningar vilket kan lämna föderskan i en sits där hon inte vet vad som görs och varför, "kan också bli helt fel om det inte är tydliga riktlinjer med informerat samtycke", "Tycker ofta kvinnorna inte har koll på anledning till induktionen..". En respondent jämförde handläggningen av en induktion med handläggning vid andra vårdinrättningar för att ge perspektiv i frågan; "Precis som vid andra vårdinrättningar hjärtoperation, ortopediska ..då får man prata med doktor om olika alternativ men nästan aldrig vid en induktion" (sic!).

6 Kritisk granskning och metoddiskussion

Valet att genomföra studien med hjälp av en elektronisk enkät samt söka anonyma respondenter till studien gjordes på grund av tidsbrist att göra exempelvis intervjuer, detta kan givetvis påverka kvaliteten och djupet på svaren som fåtts i enkäten. Genom att intervjua barnmorskor hade exempelvis fördjupande följdfrågor kunnat ställas, vilket inte varit möjligt i denna studie. Dock fanns möjligheten för respondenterna att lämna fritt formulerade svar i de öppna frågorna, vilket gynnat resultatet i denna studie. I en enkätstudie av denna typ är det omöjligt att garantera att alla respondenter verkligen är utbildade barnmorskor som är yrkesverksamma på sådana arbetsplatser som valdes som inkluderingskriterier. Det är omöjligt att kontrollera respondenterna är seriösa och ärliga i sina svar (Esaiasson et al. 2017) trots att man uttalat sökt just denna typ av respondenter att svara på enkäten. Detta faktum kan givetvis påverka resultatets tillförlitlighet negativt. Det kom in 23 svar på enkäten, vilket är en mängd som är godtagbar för en kvalitativ undersökning, men som innebär att man inte kan dra slutsatser som gäller för alla barnmorskor enbart utifrån resultatet i denna studie. Dock kan studier av detta slag hjälpa till att identifiera områden och frågor som behöver forskas mer ingående i.

Respondenterna svarade på det som frågades efter, vilket initierar att frågorna i enkäten var tillräckligt tydliga. Svaren som inkom i de öppna frågorna var inte kortfattade, men hur långt respondenterna svarar är heller inte någonting man kan kontrollera vid en enkätstudie. Innehållet i svaren var trots allt relevant och mängden inkomna svar bidrog till

att det kom in tillräckligt med data för att kunna utföra en analys. Resultatets tillförlitlighet stärks eftersom tidigare forskning beskriver samma typ av upplevelser och erfarenheter som framkom i denna studie, exempelvis föderskornas brist på information och förlossningspersonalens tidsbrist att ge dem den relevanta informationen (Jay et al., 2018). Analysmetoden kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats var passande för studien och gjorde det möjligt hitta förekommande teman i svaren samt att lyfta fram resultatet på ett intressant sätt. Studien inkluderade ett antal frågor med standardiserade svarsalternativ vilket gav även kvantitativa svar, vilket i sin tur gav mera djup i resultatet eftersom kvantitativa svar innebär att man kan mäta exempelvis hur många av respondenterna är utav en viss åsikt. Dessa tillsammans med de öppna frågorna gav en bra helhet. Resultatet hade troligtvis blivit mer omfattande om enkäten varit publicerad en längre tid i och med att fler hade hunnit fylla i den, denna gång var den tillgänglig för respondenter endast under två dygn. Valet att stänga enkäten redan efter två dygn gjordes på grund av tidsbrist att analysera ett stort antal svar, trots att det hade varit intressant och det högst troligen hade kommit in fler svar om enkäten varit publicerad längre. Eftersom alla respondenter denna gång uppgav att de arbetar i Sverige speglar givetvis resultatet bara denna del av förlossningsvården i Sverige och innebär att man inte kan dra slutsatser om hur situationen och barnmorskornas upplevelser och erfarenheter är exempelvis i Finland. Dock är de nordiska länderna på flera sätt lika och om studier skulle utföras med respondenter i de andra nordiska länderna skulle resultaten troligtvis visa vissa likheter länderna emellan och resultaten skulle troligtvis inte skilja sig väldigt mycket från varandra.

Tillvägagångssättet att komma i kontakt med passande respondenter fungerade bra för denna typ av studie. Via Facebook forumet som var ämnat specifikt för barnmorskor, barnmorskestuderande eller pensionerade barnmorskor var det enkelt att hitta respondenter som har en bra inblick i förlossningsvården och kan svara på denna typ av frågor på ett trovärdigt sätt. Endast 1/23 respondenter uppgav att denna inte arbetar i varken förlossningssal, på BB eller på avdelning för gravida, vilket gör att man kan dra slutsatsen att ändå den resterande mängden respondenter för tillfället arbetar med gravida och i förlossningssal och har mycket god insikt i förlossningsvården och just vården av induktion. Den enda respondenten som angav att den inte för tillfället arbetar med något av de givna alternativen har möjligtvis ändå tidigare kommit i kontakt med induktion av förlossning, detta är förstås ingenting som går att styrka, endast anta. Enkäten utformades

i programmet Forms, vilket var ett enkelt verktyg att använda för denna typ av studie. Eftersom det var första gången för skribenten att genomföra denna typ av ministudie kan det eventuellt finnas brister, men upplevelsen över lag är att den lyckades bra.

7 Diskussion

Barnmorskornas oro för en ökande medikalisering i och med ökande mängd induktioner och rutinmässiga induktioner framkom i studiens resultat. Barnmorskans uppgift är att handha en normal, naturlig förlossning och skydda denna händelse från onödiga interventioner som stör det fysiologiska födandet. Denna uppgift kan försvåras på bekostnad av både kvinnornas välmående och förlossningsupplevelser, fostrens mående och barnmorskans möjlighet att utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt ju mer sjukvården ingriper på olika sätt om det inte är initierat och väl motiverat. Som utgångsläge borde förlossningen alltid betraktas som en normal fysiologisk process (Paananen et al., 2015). Det kan som barnmorska kännas motstridigt att inducera en förlossning om det inte finns någon tydlig medicinsk indikation att göra det. Cirka 91% av respondenterna i denna ministudie uppgav att det inte alltid finns en tydlig medicinsk indikation till de induktioner som utförs, vilket talar sitt tydliga språk. En ökande mängd induktioner verkar även ha bidragit till otillgänglighet och *"platsbrist"* i förlossningsvården. *"Ofta intagningsstopp på förlossningsavdelningen då många induktioner pågår samtidigt"* och *"födande behöver hänvisas till annan klinik"*. Induktioner påverkar vårdtiderna *"långa vårdtider innan förlossning och även efter pga uttröttade kvinnor och komplikationer"* vilket i sin tur påverkar otillgängligheten. Att det råder exempelvis platsbrist kan innebära en stressfaktor både för kvinnan som vill komma in till sjukhuset för att föda men inte kan tas emot, och för barnmorskorna som arbetar på fullsatta sjukhus och tvingas hänvisa en föderska någon annanstans. Det framkom tydligt att barnmorskornas arbetsbelastning är hög som delvis beror på en ökad mängd induktioner, och i och med det kan det tänkas att barnmorskornas motivation att handha induktioner utan tydlig medicinsk indikation påverkas. Föderskornas brist på kunskap och förståelse för vad en induktion i praktiken innebär, hur den påverkar förlossningsförloppet och hur processen kan se ut är högst troligen en betydande

faktor till hur förlossningsupplevelsen i slutändan är. Förlossningspersonalen är skyldig att ge föderskan all relevant information eftersom denna har rätt att få det för att kunna ta beslut som gynnar både föderskan själv och fostret (Paananen et al., 2015). Mycket pekar på att barnmorskor, och läkare, inte har tid att ge tillräckligt med information om ämnet, vilket i grund och botten är ett strukturellt problem. Förlossningsvården är i behov av mer resurser för att personalen ska få möjlighet att sköta sitt arbete på bästa sätt och ge föderskorna det stöd de behöver under förlossningen.

Att definiera en tydlig medicinsk indikation till induktion verkade vara enkelt för respondenterna, det framkom en hel mängd diagnoser som innebär risker för mamma och/eller foster om graviditeten fortskrider. När indikationen till induktion är tydlig som exempelvis vid en pre-eklampsi diagnos, är det högst troligen även enklare för både föderska och barnmorska att förhålla sig till induktionen, eftersom det är tydligt varför graviditeten behöver avslutas. Icke medicinska indikationer eller exempelvis *"humanitär indikation"* till induktion verkar däremot vara någonting som för det första är väldigt svårt att specifikt definiera och för det andra bedöma när denna indikation faktiskt väger tyngre än att invänta spontan förlossningsstart just på grund av att begreppet är så svävande. Mycket tungt vägande humanitära eller psykosociala indikationer var ändå någonting som ansågs vara en medicinsk indikation till induktion. Världshälsoorganisationen WHO menar också att induktion av förlossning idag används på omotiverat lösa grunder *"Induction of labour is being used more and more at the request of pregnant women to shorten the duration of pregnancy or to time the birth of the baby according to the convenience of the mother and/or health-care workers"* (World health organization, u.d.). Indikationer som inte har en tydlig medicinsk indikation borde kräva ännu noggrannare övervägande, just på grund av svårigheten att definiera. Är till exempel foglossning eller trötthet verkligen en indikation att inducera en förlossning, om det inte finns någon annan bakomliggande medicinsk indikation? Det finns garanterat stora individuella skillnader i exempelvis hur svår trötthet det är frågan om, men i dessa fall borde bedömningen om för- och nackdelar vara ännu mer relevant. En mycket trött föderska utgör eventuellt en risk i och med att en förlossning i sig är en mycket krävande insats. I dessa fall kunde kanske den gravida få hjälp med vila och sömn i väntan på spontan förlossningsstart för att sedan orka under förlossningen. Även i examensarbetet (Rentola, 2022) framkom utmaningen kring humanitära indikationer. *"Det finns inga tydliga riktlinjer för vad som anses som humanitära indikationer (Persson & Rosén, 2015). Till och med*

moderns tidigare snabba förlossningar, "aiempi nopea synnytys" (Kruit et al., 2016), angavs vara en indikation, vilket låter mycket ologiskt." (Rentola, 2022). Av barnmorskorna i denna ministudie upplevde ca 70% (N=16) att indikationen till induktion dokumenteras tydligt i patientjournalen och cirka 57% (N=13) att dokumentationen kring indikationen till induktion är tillräcklig. Detta visar ändå tydligt att det finns brister i dokumentation när det kommer till att dokumentera varför induktioner utförs. Denna brist kan förklara varför respondenterna uppgav att de oftast men inte alltid är medvetna om den medicinska indikationen när de handhar en inducerad föderska. Någon form av dokumenterad riskbedömning innan utförande av induktion vore bra att ha, både för föderskan som då högst troligen skulle ha fått relevant information om föreliggande induktion, och för barnmorskan som ett verktyg för att förebygga eller förutse möjliga komplikationer och kunna vara förberedd på vilka risker det kan innebära på individnivå att inducera en förlossning. Genom vissa enkätsvar får man bilden av att de födande kvinnorna inte ses som individer utan snarare som fall "de delar rum med ytterligare en induktion".

Obstetriskt våld och medikalisering av förlossningar var också någonting som framkom i studien. Vårdpersonal som har en auktoritär position i förhållande till patienten har ett stort ansvar när det kommer till att ge korrekt information och bedömning av varje gravid kvinnas individuella situation. "Obstetriskt övervåld mycket vanligt under induktioner". Det är oroväckande att höra att kvinnans självbestämmanderätt inte har tagits i beaktande i vissa fall, att de inte ges möjligheten att delta i sin och sitt fosters vård genom informerat samtycke. Det är givetvis så att föderskan behöver ha all relevant information för att kunna delta i beslutsfattandet gällande sig själv och sitt barn, och har hon inte all information så kan det vara svårt att ta beslut som gynnar båda. Dock borde vården även respektera självbestämmanderätten oberoende om föderskan fattar ett beslut som ur medicinskt perspektiv inte är det gynnsammaste. Om kvinnan ändå fått all information för att kunna fatta beslutet, kan hon även bära ansvaret för sitt beslut och barnmorskan kan stöda henne i detta. Barnmorskans uppgift är att se till att kvinnornas och barnens rättigheter respekteras och skyddas och att stå upp för dem vid behov.

De situationer som barnmorskorna verkar förhålla sig kritiskt till i frågan om induktioner verkar exempelvis vara när induktioner inte har en tydlig medicinsk indikation, dokumentationen är bristfällig och när de samtidigt är tvungna att ansvara för flera föderskor samtidigt, exempelvis föderskor i aktiv fas och inducerade förlossningar. Att inducera förlossningar på lösa grunder

strider eventuellt emot vad de själv tycker och vad barnmorskor står för; födande med så lite onödiga interventioner som möjligt. Det är även svårt att ge tillräckligt med stöd åt flera patienter samtidigt eftersom den föderska som befinner sig i aktiv fast automatiskt får mest uppmärksamhet, vilket kan leda till att de kvinnor vars förlossningar induceras får bristfälligt stöd. Vid hög arbetsbelastning är barnmorskorna tvungna att prioritera och välja bort exempelvis att ge tillräckligt med stöd åt en del av föderskorna för att hinna utföra alla sina arbetsuppgifter. Två (N=2) av respondenterna nämnde studien ”*SWEdish Post-term Induction Study SWEPIs*” inverkan på den svenska förlossningsvården i sina enkätsvar som en anledning till att inductionerna ökat så snabbt och på vissa mått okontrollerat. Båda respondenterna indikerade att studien haft för stor påverkan på förlossningsvården och borde ifrågasättas. Studiens syfte var att undersöka tidigareläggning av induction och dess påverkan på både perinatal- och föderskornas utkomster (Wennerholm et al., 2019). Studien avbröts i förtid och slutsatser av den bör därför tolkas varsamt.

8 Avslutning

Frågeställningarna *Vilken är barnmorskans upplevelse och erfarenhet av den ökande mängden inductioner?* och *Hur upplever barnmorskan dokumentationen kring indikationer till induction?* för denna ministudie blev besvarade med hjälp av respondenternas svar på enkäten. Det framkom en hel del intressanta aspekter som alla är aktuella och ett resultat av att inductioner ökat i antal relativt snabbt medan resurserna att sköta dem inte har utökats i samma takt. Det väldigt aktuella ämnet när och varför det är tryggast att inducera en förlossning utvecklas hela tiden i och med ny forskning. Ur barnmorskans synvinkel är det ändå inte att förglömma att graviditet och förlossning är naturliga händelser och inte diagnoser som skall botas, med undantag för sådana symtom som bedöms hota kvinnans eller fostrets välmående och liv, i dessa fall behöver sjukvården verktyg för att på ett tryggt sätt kunna snabba på den naturliga processen.

Det vore intressant att utveckla sätt att göra föderskorna mer insatta och inkluderade i induktionsbesluten och få dem mer införstådda i induktionsprocessen för att bättre kunna

hjälpa sig själva och sitt barn under inducerade förlossningar. Barnmorskorna skulle definitivt behöva tillräckligt med resurser för att kunna sköta sitt arbete så bra som möjligt och ge föderskorna det stöd de behöver för att få en så god förlossningsupplevelse som möjligt, oberoende av hur förlossningen kommer i gång och hur den slutar. I fortsättningen skulle det vara intressant att ta reda på både hur medvetna föderskorna är om orsaken till att deras förlossning blir inducerad samt hur väl insatta de är i hur induktion och interventioner påverkar kroppens förlossningsarbete.

Källförteckning

Esaiasson, M., Gilljam, M., Oscarsson, H., Towns, A., och Wängnerud, L. (2017). Metodpraktikan, Konsten att studera samhälle, individ och marknad. Del 3, 235 - 259. [Hämtat 20.09.2022]

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2021). God vetenskaplig praxis. <https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp> [Hämtat: 23.5.2021]

Gissler, M. och Heino, A. (2022). Synnytyksen käynnistäminen yleisty Suomessa ja pohjoismaissa. *Kätilölehti*, 20 - 23. [Hämtat 27.09.2022]

Jay, A., Thomas, H. & Brooks, F. (2018). Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *British journal of midwifery*, 26(1), 22–29. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.1.22> [Hämtat: 16.09.2022]

Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2014). Etiikka hoitotyössä

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Äimälä. (2015). Kätilötyö. *Edita Publishing Oy*, 217–218, 359. [Hämtat 08.11.2022]

Rentola, M. (2022). Induktion av förlossning – en ”Scoping Review” över indikationer och praxis i nordiska länder.

Sandman & Kjellström (2014). Etikboken: Etik för vårdande yrken.

Wennerholm, U-B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Brismar Wendel, S., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A-K., Elden, H., Stephansson, O., Hagberg, H. (2019). *Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial* <https://doi.org/10.1136/bmj.l6131> [Hämtat: 23.5.2021]

World health organization. (u.d.). WHO recommendations for induction of labour. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1 [Hämtat 15.1.2022]

Bilaga 1

Enkät om induktion

Syftet med denna enkät är att undersöka barnmorskans erfarenhet och upplevelse av en ökande mängd igångsättningar samt dokumentationen kring igångsättningar. Enkäten består av både öppna och slutna frågor. Som respondent kommer du att vara helt anonym. Jag söker mellan 20–50 respondenter och senast när svarskvoten är fylld kommer enkäten att stängas. Att svara på enkäten tar ca. 15 minuter.

Jag uppskattar att du tar dig tid att svara!

Kontaktuppgifter: [mirja.rentola\(a\)edu.novia.fi](mailto:mirja.rentola@edu.novia.fi) / handledare [anita.wikberg\(a\)novia.fi](mailto:anita.wikberg@novia.fi) Yrkehögskolan Novia

* Pakollinen

1. I vilket land arbetar du som barnmorska? Välj ett eller flera alternativ. *

- Finland
- Sverige
- Norge
- Danmark
- Annat land

2. Om du svarade "Annat land" på fråga 1. Kan du här uppge vilket annat land du arbetar i som barnmorska.

3 Arbetar du för tillfället i förlossningssal, på avdelning för gravida eller på BB? Du kan välja flera alternativ. *

- Förlossningssal
- BB
- Avdelning för gravida
- Varken i förlossningssal, på avdelning för gravida eller på BB

4. Finns det alltid en tydlig medicinsk indikation till de igångsättningar som utförs?

- Ja
- Nej

5. På vilka andra än medicinska indikationer utförs igångsättningar?

6. Beskriv vad du som barnmorska anser att en medicinsk indikation till igångsättning innebär.

7. Dokumenteras indikationen till igångsättning tydligt i patient journalen?

Ja

Nej

8. Om du svarade "nej" på fråga 7. Kan du här motivera varför du inte anser det.

9. Är dokumentationen till varför igångsättning görs tillräcklig?

Ja

Nej

10. Om du svarade "nej" på fråga 9. Kan du här motivera varför du inte anser det.

11 Är du som barnmorska alltid medveten om den medicinska indikationen när du sköter om en igångsättning?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig

12. Vad tycker du som barnmorska om rutinmässiga igångsättningar?

13. Hur upplever du som barnmorska att ditt arbete påverkas till följd av en ökande mängd igångsättningar? Svara fritt.

14. Här kan du lämna övriga kommentarer eller berätta om dina erfarenheter och upplevelser om du vill.

Bilaga 2

Presentation i det valda forumet, gruppen "Barnmorska – aktuellt och intressant" i Facebook.

Hej!

Jag heter Mirja Rentola och är examensstuderande barnmorska från Finland. Jag studerar för tillfället fjärde året på barnmorskelinjen vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa och håller på att skriva mitt utvecklingsarbete som är en fördjupning av mitt tidigare examensarbete/upsats som behandlande indikationer och praxis kring induktion i nordiska länder. Utvecklingsarbetet görs som en kvalitativ ministudie. I mitt utvecklingsarbete vill jag undersöka barnmorskors upplevelser och erfarenheter av den ökande mängden induktioner och dokumentationen kring dem. Som handledande lärare fungerar Anita Wikberg. Kontaktuppgifter: [mirja.rentola\(a\)edu.novia.fi](mailto:mirja.rentola@edu.novia.fi) / [anita.wikberg\(a\)novia.fi](mailto:anita.wikberg@novia.fi)

Jobbar du som barnmorska och kan tänka dig att svara på min elektroniska enkät? Som respondent kommer du att vara helt anonym. Att svara på enkäten tar ca. 15 minuter. Jag söker mellan 20–50 respondenter och när svarskvoten är fylld kommer enkäten att stängas. Tusen tack på förhand för ditt engagemang!

Klicka på länken: <https://forms.office.com/r/a8ZbV0659S>

Hösthälsningar, Mirja

Bilaga 3

Kvalitativ innehållsanalys av öppna frågorna i enkäten "Enkät om induktion".

Tematisering och kategorisering:

Kunskap och information

Obstetriskt våld

Indikationer

Barnmorskans upplevelser

Följder för föderskan

Tema	Kategori	Subkategori	Citat
Kunskap och information	Föderskornas kunskap om vad induktion innebär		<p>"Tyvärr vet många kvinnor inte vad en induktion kan innebära utan tror det är en quick fix."</p> <p>"En förväntan hos paret att induktionsbedömning är lika med att de ska bli induktion"</p> <p>"Induktioner sker ofta utan att information eller samtycke finns eller är givet."</p> <p>"i samråd med pat som har en hög önskan om att sättas igång".</p> <p>"Bra om det står att det diskuterats med patient."</p> <p>"Saknar att det inte dokumenteras om föderskan fått tydlig information och för- och nackdelar med induktion som är</p>

evidensbaserad, om anledning är rimlig i relation till risker vid induktion. Om föderskan fått diskutera alternativ till metod vid induktion.”

” Inte alltid patienten är informerad om riskerna med en induktion.”

” Vaggar in patienterna i falsk trygghet.”

” Bör vara individuell bedömning där man tydligt gått igenom för och nackdelar med en delaktighet i sin vård. Precis som vid andra vårdinrättningar hjärtoperation, ortopediska ..då får man prata med doktor om olika alternativ men nästan aldrig vid en induktion”

” den födande/paret Bör få tillräcklig information för att göra ett informerat val. Jag upplever att många födande/par inte har fått tillräcklig information av varför induktionen görs eller hur den går till innan de kommer till förlossningen.”

” Paren är, trots upprepad information, inte medvetna om vilken lång process en induktion kan vara.”

” Det viktigaste känslan är att kvinnan själv är medveten om att en induktion KAN ta längre tid, och behöver handläggas lite annorlunda än en födsel som startar spontant. Att Det kan kräva oxytocindropp o.s.v. vissa kvinnor vill föda fysiologiskt men vill också samtidigt bli inducerade. De har

			<p>läst på om tex skalpelektrod och vill avstå det men kanske har en hög dos oxytocindropp och svårbedömt CTG varför en skalp kan vara motiverad.”</p> <p>” frågan är om kvinnor får tillräcklig info om induktioner och förloppet”</p> <p>” Samtidigt vill man inte skrämma upp heller då vissa är livrädda för det då de hört skräckhistorier om långdragna förlossningar.”</p> <p>” Att det finns en övertro till de infuktionsmetoder som finns idag.”</p>
Följder för föderskan	Följder av induktioner	Induktionens påverkan på förlossningens start och förlopp	<p>”På vår avdelningen får inte partner vara med under induktionen och de delar rum med ytterligare en induktion och det påverkar deras psykiska mående negativt och blir ingen vila”</p> <p>”man stör det fysiologiska födandet och kroppens förmåga”</p> <p>”långdragna induktioner/förlossningar.”</p> <p>” Mkt tid tas från kvinnor med spontan förlossningsstart då tid, kraft och resurser läggs på att starta upp förlossningar.”</p> <p>”När de efter att ha vistats på sjukhuset i flera dagar utan att förlossningen startat upp är de ofta mentalt väldigt trötta och har svårt att hitta kraften till förlossningen. Då hamnarna lätt deras fokus på hur många dagar förlossningen pågått, istället för att</p>

			<p>fokusera på vart i resan de befinner sig just nu”</p> <p>” Många utmattade familjer när väl förlossningen drar igång efter flera dygns igångsättning.”</p> <p>” Det fysiologiska /normala uteblir.”</p> <p>” Jag upplever att kvinnan i fråga påverkas i form av onödiga interventioner som CTG övervakningar, EDA, oxytocindropp, risk för akut kejsarsnitt ”</p> <p>”långa vårdtider inna förlossning och även efter pga uttröttade kvinnor och komplikationer.”</p>
		Otillgänglighet till vård	<p>”Ökande antal induktioner på förlossningen gör att födande behöver hänvisas till annan klinik.”</p> <p>”platsbrist.”</p> <p>”Ofta intagningsstopp på förlossningsavdelningen då många induktioner pågår samtidigt”</p>
		Utkomster av induktion	<p>”Större risk för komplikationer”</p> <p>”mer komplikationen för mor och barn, även om det i viss forskning inte syns i det medicinska utfallet så påverkar det förlossningsupplevelsen negativt.”</p> <p>”ökade komplikationer”</p>

			<p>"Ickenormala förlopp. Långdragna förlossningar. Uttröttade mammor. Mycket medicinskt födande. Dåliga barn. Fellägen då barnen inte lagt sig tillrätta."</p> <p>"risker för mor o barn"</p> <p>"Många långdragna förlopp med onödig smärta och interventioner. Ökande antal sekundärt förlossningsrädda."</p> <p>"risker för mor och barn."</p> <p>"Komplikationerna och interventionerna har ökat drastiskt."</p> <p>"onödiga interventioner och tråkiga utfall för mor och barn."</p> <p>"Ökad risk för instrumentella förlossningar, svåra bristningar, blödningar och en negativ förlossningsupplevelse."</p> <p>" Mer komplikationer och mer risker, övervakning och interventioner."</p> <p>"Negativa förlossningsupplevelser."</p> <p>"Mer påverkan på CTG och oro för barnet. Fler missnöjda patienter."</p> <p>"Ökade sectiofrekvens. Ökade missnöjda familjer."</p>
		Förlossningsupplevelse	"emellanåt traumatisk upplevelse"

			<p>”Ökad risk för instrumentella förlossningar, svåra bristningar, blödningar och en negativ förlossningsupplevelse.”</p> <p>”Mer påverkan på CTG och oro för barnet. Fler missnöjda patienter.”</p> <p>”Ökade sectiofrekvens. Ökade missnöjda familjer.”</p> <p>”Många långdragna förlopp med onödigt smärta och interventioner. Ökande antal sekundärt förlossningsrädda.”</p> <p>”Förlossningsupplevelsen blir ofta nedsatt pga utdraget förlopp och att högre procent får avslutas via instrumentelfödelse.”</p>
<p>Barnmorskans upplevelser och erfarenheter</p> <p><i>Vilken är barnmorskans upplevelse och erfarenhet av den ökande mängden inductioner?</i></p>		Oro	<p>”Vi varnade för ökade komplikationer sectio ve etc efter svepis men läkarna hävdade motsatsen, nu lever vi i en verklighet där jag upplever att det blev precis som befarat.”</p> <p>” Förfärligt”</p> <p>”oroväckande.”</p>
		Värna om det fysiologiskt normala födandet	<p>”Värnar om kvinnors förmåga att föda.”</p> <p>”Barnmorskans ansvar är att handha det normala.”</p>

			<p>"medicalisering av födandet driver oss längre och längre ifrån det fysiologiska födandet"</p>
		Dokumentation	<p>"Saknar att det inte dokumenteras om föderskan fått tydlig information och för- och nackdelar med induktion som är evidensbaserad, om anledning är rimlig i relation till risker vid induktion. Om föderskan fått diskutera alternativ till metod vid induktion."</p> <p>" Ibland gör det det men vissa gånger är det lite slarvigt beskrivet. Vi rapporterar fel till varandra för det står lite olika."</p> <p>" Läkarna glömmer att skriva induktionsmall."</p> <p>" När det inte finns en rimlig anledning, medicinsk eller att systemet inte har en diagnoskod för anledning till induktion. Flertal gånger finns inte ens en induktionsmall ..skriver bara i löpande text i journalen"</p> <p>" Indikationen ej alltid tydlig, eller en indikation anges som ej stämmer helt."</p> <p>" Det saknas ibland anteckningar från läkare som bedömt patient för induktion, ibland finns anteckning men det saknas en tydlig indikation."</p> <p>" Vi barnmorskor måste alltid fylla i indikationen i vår induktionsmall men det är</p>

			<p>relativt ofta tveksamheter om varför induktionen görs.”</p> <p>” Om tillräcklig dokumentation funnits hade rimligheten för induktion inte varit tillräcklig. Saknar att det inte dokumenteras om föderskan fått tydlig information och för- och nackdelar med induktion som är evidensbaserad, om anledning är rimlig i relation till risker vid induktion.”</p>
		<p>Strukturella aspekter</p>	<p>”Tar även otroligt mycket resurser och är en bidragen orsak till platsbrist, då vårdtiden innan barnet föds kan bli upp till 5 dygn på en förlossningsavdelning.”</p> <p>” det Stora felet som gjordes när antalet induktioner ökades var att inte resurserna ökades på i samma utsträckning. Om verksamheten kräver att det nu ska utföras fler arbetsuppgifter så måste de ta höjd för det i budgeten.”</p> <p>”Kraftigt ökad belastning Ingen ändring i organisationen utan samma antal rum och bemanning”</p> <p>” Ökande antal induktioner på förlossningen gör att födande behöver hänvisas till annan klinik.”</p> <p>” Basmallen för induktion är bristfällig när det i dagsläget görs så många induktioner”</p>

		Förhållning och attityd till induktion	<p>" Jag anser att det ska finnas en tydlig indikation"</p> <p>" Ibland nödvändigt men många ggr interventioner som vi skulle kunna skippa"</p> <p>"Jag upplever många gånger att induktioner är mkt lyckade också och går fint framåt så jag är inte enbart negativ."</p> <p>" Det är jättebra att man på olika sätt kan sätta igång en kvinna när der behövs. Tyvärr "behövs" det alltför ofta."</p> <p>" Där det vid medicinska riskerar gjorts en individuell bedömning, ink cx status som visar på att igångsättning är mest gynnsam för den gravida anser jag det vara en bra metod"</p> <p>" Jag anser att det ska stå tydligt varför igångsättningen görs. Jag är inte emot det när det behövs men ändå viktigt att det står tydligt vad som är orsaken."</p> <p>" Negativ till induktioner som ej är medicinsk indikation."</p> <p>"Jag tycker det finns ett medicinskt syfte för det mesta och då har jag inga invändningar just kring det beslutet. Jag har däremot svårare för induktioner där man påbörjar förlossningen utan att det finns en skälig medicinsk anledning (självklart finns det humanitära anledningar som inte ska förminska)"</p>
--	--	--	--

			<p>" Ska finnas stark indikation på humanitär anledning. Medicinsk bra."</p> <p>" Jag tycker att vissa är mer befogade än andra. Tycker ofta att man försöker inducera tidigare än förr."</p> <p>" Oacceptabelt- kvinnor har rätt till kvinnocentretras vård utifrån individens behov men även med etisk och hållbarhets baserat tänk"</p> <p>" Finns det ett bra skäl, ja. Oftast är det inte tillräckligt bra skäl."</p> <p>" Dåligt. Inte alltid patienten är informerad om riskerna med en induktion."</p> <p>" Dåligt. Individuella bedömningar bör alltid föreligga beslut om induktion."</p> <p>" Ett gissel."</p>
		<p>Påverkan på arbetet som barnmorska</p>	<p>" Ökar arbetsbelastningen väldigt mycket"</p> <p>" Ökad arbetsbelastning"</p> <p>"Kraftigt ökad belastning Ingen ändring i organisationen utan samma antal rum och bemanning"</p> <p>"Högre arbetsbelastning, svårt att motivera kvinnor till att föda (de ger kvinnorna en negativ upplevelse och misstro till sin kropp)"</p> <p>" Ökad arbetsbelastning pga fler inneliggande patienter samtidigt pga längre</p>

vårdtider, samt fler interventioner och komplikationer.”

” flera oat. Att ta hand om samtidigt”

” Ökad arbetsbelastning,mer akuta åtgärder.”

”Ökad risk för skada.ökad risk för farliga situationer som kan äventyra min legitimation.”

” Mer att göra ,fler patienter som ska övervakas”

” Mkt tyngre belastning. Ökad stress och otillräcklighet. Personal som slutar.”

” Ökad belastning”

” Oerhört betungande.”

” Högre arbetsbelastning och möjligheterna att ge bra vård minskar, som ansvarig barnmorska kan jag ansvara för 2-3 induktioner samt 5 förlösta samtidigt. Har inte möjlighet att ge induktionerna de stöd som de behöver, särskilt med tanke på att kvinnan är ensam utan partner närvarande pga våra riktlinjer”

” Jag har ibland/ofta värkpatient samtidigt med en induktion. Patient med induktion får vänta, blir ej alltid optimalt. Känner mig ibland lite stressad samtidigt som jag alltid prioriterar den kvinna som är i aktiv fas.”

” Högre belastning.”

			<p>"Ökad belastning på avdelningen."</p> <p>"Induktioner är tungt för personalen."</p> <p>"Jag upplever att det blir fler långdragna förlossningar som oftare avslutas instrumentellt."</p> <p>" Pat behöver mer stöd och omvårdnad av BM. Svårt vid hög arbetsbelastning att kunna vara hos patienten."</p> <p>"Utmaningen att som barnmorska hjälpa dem hitta kraften att hantera förlossningen blir då en annan jämfört med någon som haft en spontan förlossningsstart."</p>
		Etiska dilemman	<p>"Precis som vid andra vårdinrättningar hjärtoperation, ortopediska ..då får man prata med doktor om olika alternativ men nästan aldrig vid en induktion"</p> <p>"Får ont i magen varje gång man får ansvar för en kvinna som ska induceras. Särskilt "humanitära" ej medicinsk indikation"</p> <p>"man tvingas utföra saker som inte är rimliga eller försvarbara. Många barnmorskor har sagt upp sig pga ökning av induktioner. Kan inte stå bakom det kvinnorna utsätts för som inte är försvarbart."</p> <p>" Högre arbetsbelastning och möjligheterna att ge bra vård minskar, som ansvarig barnmorska kan jag ansvara för 2-3</p>

			<p>induktioner samt 5 förlösta samtidigt. Har inte möjlighet att ge inductionerna de stöd som de behöver, särskilt med tanke på att kvinnan är ensam utan partner närvarande pga våra riktlinjer”</p> <p>” Jag har ibland/ofta värkpatient samtidigt med en induktion. Patient med induktion får vänta, blir ej alltid optimalt. Känner mig ibland lite stressad samtidigt som jag alltid prioriterar den kvinna som är i aktiv fas.”</p> <p>” Samvetsstress”</p> <p>” Indikationen ej alltid tydlig, eller en indikation anges som ej stämmer helt.”</p>
<p>Indikationer till induktion</p> <p><i>Hur definierar barnmorskan en medicinsk indikation till induktion?</i></p>		<p>Medicinska</p>	<p>”när riskerna av induktionen är mindre än riskerna att avvakta spontan värkstart.”</p> <p>”psykisk sjukdom”</p> <p>”högt bltr, svårbedömt antenalt CTG”</p> <p>”När det föreligger risk för barn eller mors hälsa om inte förlossning initieras.</p> <p>”preeklampsi, påverkat flöde, långvarig vattenavgång”</p> <p>” En tydligt motiverad medicinsk anledning som pga oro för barnet eller mamman</p> <p>” En bedömning att risken för komplikationer vid fortsatt graviditet överväger riskerna som en igångsättning</p>

		<p>innebär jämfört med att invänta en spontan förlossningsstart”</p> <p>” Högt blodtryck, överburen, oligohydramnios, nedsatt placentafunktion/tillväxthämning, diabetes/stort barn, lång vattenavgång utan värkar”</p> <p>” Risker för mor eller barn. Preeklampsi, tillväxthämning, makrosomi, hepato, diabetes typ 1, långvarig vattenavgång.”</p> <p>” Tillväxthämning, Preeklampsi, minskade FR, långvarig vattensvgång, överburenhet v42.”</p> <p>” Preeklampsi Långvarig vattenavgång”</p> <p>” Oligohydramnion Svår PE Risk för mammas liv/psykisk ohälsa”</p> <p>” Preeklampsi” ”Covid” ”ileus” Långvarig vattenavgång, mycket stort barn. Vattenavgång GBS eller mekoniumfärgat. Förväntad sga eller inget fostervatten. Kantblödning. Vissa humanitära skäl.”</p> <p>” Fara för kvinnan eller barnet att fortsätta graviditeten””lite fostervatten, stort(!) barn, diabetes, PE”</p> <p>”risk för morbiditet eller mortalitet för mor och/eller barn om graviditeten fortsätter.”</p>
--	--	--

			<p>” Långvtn avg.patologisk indikation.Lga.Sga.”</p> <p>” Risk för att mamma eller barn skadas om förlossningen inte sätts igång.”</p> <p>” Preeklampsi” ”oligohydramnion” ”överdriven fetal tillväxt med förväntat LGA-barn, diabetes” ”tillväxthämning med SGA-barn.”</p> <p>” Där nyttan för att avsluta graviditeten är större än risken för att fortsätta”</p> <p>” Att det direkt innebär fara var antingen mot eller barn att vänta”</p> <p>” Att det finns en stor risk för mamma eller barnet att fortsätta graviditeten”</p> <p>”Fara för födande och barns liv om graviditet fortskrider” ”Preeklampsi, allvarlig tillväxthämning, placenta insufficiens”</p> <p>” Indikationen ska innebära risk för mor eller barns hälsa om ej förlossning startar/graviditeten avslutas snarast.”</p> <p>” Medicinsk indikation innebär komplikationer som uppkommit under graviditeten.”</p>
<i>På vilka icke medicinska indikationer</i>		Icke medicinska	<p>”Patientens önskan.”</p> <p>”Önskemål från patient pga till exempel tidigare snabbt pn och oro att inte hinna in. Önskemål att bli igångsatt pga föglossning.</p>

<p>utförs induktioner?</p>		<p>Önskemål att inte gå över 40+0 pga oro för iufd eller stort barn trots normalt tul.”</p> <p>”Humanitär indikation. V41+0”</p> <p>”Enstaka högt blodtryck/white Coat bltr”</p> <p>” Förlossningsrädsla.”</p> <p>” Humanitär indikation”</p> <p>” Humanitära”</p> <p>”Humanitära skäl, foglossning, rädsla, tidigare trauman”</p> <p>” Humanitär”</p> <p>” Psykosociala orsaker”</p> <p>”läkare inte vågar eller orkar neka patienten”</p> <p>” Humanitära”</p> <p>”maternal request”</p> <p>”Management by fear med hittepå diagnoser”</p> <p>” Mammans önskan”</p> <p>” Patientens önskan”</p> <p>”Humanitära indikation”</p> <p>”psykiskt eller fysiskt jobbigt för kvinnan att vara gravid”</p> <p>” Humanitära och psykosociala indikationer”</p>
--------------------------------	--	---

			<p>" Humanitär indikation."</p> <p>" Psykosocial Humanitär"</p> <p>" Sömnsvårigheter, symfyssmärta, tidigare snabb förlossning, förlossningsrädsla, misstänkt uppseglande preeklampsi trots att inga objektiva symtom"</p> <p>"psykosocial indikation"</p> <p>"kvinna är "trött på att vara gravid"</p> <p>"sover dåligt"</p> <p>"trauma"</p> <p>"v 41"</p> <p>" Human indikation oftast patientens vilja"</p> <p>"Tidigare snabb förlossning"</p> <p>"Misstänkt stort barn trots normal tillväxt UL"</p> <p>"Humanitära" och psykosociala"</p> <p>"Humanitära själ, t ex psykisk ohälsa, förlossningarädsla"</p> <p>"Graviditetsvecka 41+0"</p> <p>"humanitära"</p> <p>"grav.vecka 41+0 med normala kontroller"</p> <p>"foglossning"</p> <p>"minskade fosterrörelser mer än 2 gånger under graviditeten"</p>
--	--	--	--

			<p>"gränsvärde AFI med normala kontroller"</p> <p>"vattenavgång sen mindre än 48 timmar tillbaka"</p> <p>"ålder"</p> <p>"BMI"</p> <p>"tidigare BOH (bad obstetrisk history)"</p> <p>"oro"</p> <p>"tillväxt som säger litet eller stort barn".</p> <p>" Rädsla, förlossningsrädsla, bäckengördelsmärta, lång latens/förväskar, vill ej "gå över tiden", misstänkt stort barn - viktskattning enligt UL stämmer ej!"</p> <p>" Humanitära indikationer"</p> <p>"GW 41+0 med diagnosen överburenhet fat det är inte överburet - det står tom $\geq 42+0$"</p> <p>"induktion pga graviditetsvecka" dvs 41+0 vilket i sig inte är en medicinsk indikation"</p> <p>"humanitär indikation brett utan att precisera och använder överburen redan från v 41"</p> <p>" induktion för säkerhets skull"</p> <p>"på lösa grunder"</p> <p>"humanitära"</p>
--	--	--	--

<p>Obstetriskt våld</p>		<p>Felanvändning av makt</p>	<p>"Många kvinnor med gräns-bmi känner sig tvingade för "tänk om jag sa nej och det hände mitt barn något"."</p> <p>"Födande som säger nej, utsätts för hot och skrämning tills dom säger ja."</p> <p>"induktion för säkerhets skull eller på lösa grunder, men presenteras för den gravida som medicinskt nödvändiga och skapar obefogad oro."</p> <p>"Att inducera en frisk förstföderskor med normal graviditet med ett omoget cx status blir sällan bra"</p> <p>"Ibland känns det som kvinnorna är rädda att gå längre än v. 41+0 för då blir deras kroppar farliga för barnet."</p>
		<p>Medikalisering</p>	<p>"mer läkarstyrd vård och mer interventioner."</p> <p>"Obstetriskt övervåld mycket vanligt under inductioner"</p> <p>"Alt mer "mekaniskt". Svårt att låta kvinnan styra helt över sin egen förlossning då det kräver störmoment"</p> <p>" jag upplever att jag själv får gå in och styra mer"</p> <p>"Jag tycker man ska göra en individuellt bedömning i varje enskilt fall och inte inducera alla på rutin tex i v41+0. Det har blivit normen hos oss nu och vissa "kvinnor</p>

			<p>upplever nästan inte att de har ett val, att det är ett erbjudande utan snarare att vi sätter igång alla då.”</p> <p>”Tycker ofta att man försöker inducera tidigare än förr.”</p>
		<p>Induktionsbeslut utan uttalat samtycke och tillräcklig motivering</p>	<p>”Precis som vid andra vårdinrättningar hjärtoperation, ortopediska ..då får man prata med doktor om olika alternativ men nästan aldrig vid en induktion”</p> <p>”kan också bli helt fel om det inte är tydliga riktlinjer med informerat samtycke” ”Tycker ofta kvinnorna inte har koll på anledning till induktionen..”</p> <p>”Födande blir bara tillsagda att så här gör vi här och du ska/bör gå igenom en induktion idag utan rimlig förklaring.”</p> <p>”kvinnor upplever nästan inte att de har ett val, att det är ett erbjudande utan snarare att vi sätter igång alla då.”</p> <p>”Induktioner sker ofta utan att information eller samtycke finns eller är givet.”</p>

